

Guía de referencia laboral

para
PROVEEDORES
INDIVIDUALES



“Tenemos que hacer lo
mejor que podemos.
Esa es nuestra sagrada
responsabilidad humana”.

– *Albert Einstein*

ADMINISTRACIÓN DE SERVICIOS PARA LA VEJEZ Y LA DISCAPACIDAD
Departamento de Servicios Sociales y de Salud del Estado de Washington

Tabla de contenidos

INTRODUCCIÓN

Cómo usar la Guía de referencia laboral para proveedores individuales	1
Atención médica del Sindicato Internacional de Empleados de Servicio 775 NW	1

PROCESO DE CONTRATACIÓN

Verificación de antecedentes penales y registro de huellas dactilares	2
Firma de contrato con el DSHS	3-5

REQUISITOS PARA LA CAPACITACIÓN Y CERTIFICACIÓN

DE AYUDA DE CUIDADO EN EL HOGAR

Manejo de fechas límite de capacitación y certificación	6
Requisitos de Certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar (HCA)	6
Capacitación de orientación y seguridad	7
Requerimientos de 70 horas de capacitación	7
Excepciones al requerimiento Capacitación y Certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar	8
Si usted solamente cuida de su padre, madre o hijo	8
Si usted cuida de una persona, 20 horas al mes o menos	8
¿Qué sucede si usted no cumple con los plazos de capacitación/certificación?	9
Obtenga su reincorporación	9
Requerimientos para delegación de servicios de enfermería	10
Requerimientos de educación continua	10
Tabla de requerimientos de capacitación para trabajadores de atención a largo plazo	11-12
Lista de verificación para la Certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar para proveedores individuales	13-14

CÓMO PROCESAR SU PAGO

Registrando sus horas de trabajo diario y kilometraje	15
Instrucciones para llenar su planilla de control de horas (DSHS 15-051)	16
Ejemplo de planilla de control de horas	17
Reembolso por kilometraje	18
Aviso de servicios sociales de SSPS (DSHS 14-259)	19
Ejemplo de aviso de servicios sociales de SSPS	20
Factura del sistema de pagos del servicio social	21
Cómo solicitar horas de licencia/tiempo libre pagado (PTO)	21
Ejemplo de factura de servicios de SSPS (DSHS 08-141)	22
Instrucciones para enviar su factura de servicios de SSPS	23
Invoice Express	24
Cómo usar Invoice Express	24
Cómo enviar su factura de servicios de SSPS por correo	24
Ejemplo de Invoice Express	25
Depósito directo	26
Sistema de garantía de aviso de pago (DSHS 07-071)	26
Llamar para pedir ayuda	27
Problemas comunes y soluciones para recibir su cheque	27-28

INFORMACIÓN LABORAL GENERAL

Retención del Impuesto Federal a los Ingresos	29
Declaración salarial W-2	30
Impuestos de seguro social y Medicare	31
Cómo obtener evidencia de los ingresos	31
Compensación por desempleo	31
Opciones de seguro médico	32
Incapacidad laboral	33
Horas de licencia/Tiempo libre pagado	33-34
Incrementos en el pago	34-35
Deducciones de su paga	35
Si deja su trabajo	36
Verificación de referencias y empleo	36

INFORMACIÓN MISCELÁNEA

Obligatoriedad de reportar el abuso	37
Números del Servicio de protección de adultos (APS)	37
Número de la Unidad de resolución de quejas (CRU)	37
Registro de Referencias de Atención en el Hogar	38
Cómo pedir publicaciones	Contraportada
Recursos en Internet	Contraportada
Recursos SEIU 775 NW	Contraportada



Centro de Recursos del
Miembro
Lunes a Viernes
8 a.m. - 6 p.m.
1-866-371-3200

Introducción

CÓMO USAR LA GUÍA DE REFERENCIA LABORAL PARA PROVEEDORES INDIVIDUALES

¡Bienvenido a su nuevo trabajo como Proveedor Individual (IP)! Su trabajo como proveedor de atención es importante. Las tareas que usted llevará a cabo para su empleador(a) contribuyen a su bienestar y le ayudan a seguir viviendo tan independientemente como sea posible.

La Guía de referencia laboral para proveedores individuales le ofrecerá información sobre su empleo como proveedor de atención. Esta guía contiene información actualizada sobre cambios en los requerimientos de capacitación y certificación para proveedores individuales (IP).

Por favor, lea cuidadosamente esta guía de referencia. Cuando tenga una duda, use el Índice para encontrar la sección que pueda ayudarle. Por favor vuelva a consultar esta *Guía de referencia* antes de llamar a otros para encontrar una respuesta.

SINDICATO INTERNACIONAL DE TRABAJADORES DE SERVICIOS DE ATENCIÓN DE SALUD 775NW

Todos los proveedores individuales (IP, por sus siglas en inglés) de Servicios de Cuidado a Largo Plazo (LTC, por sus siglas en inglés) están representados por el Sindicato Internacional de Trabajadores de Servicios (SEIU, por sus siglas en inglés) de Atención Médica 775NW. Esto surgió a partir del voto mayoritario de los IP para formar un sindicato en 2002.

Muchos de sus términos y condiciones laborales están cubiertos por el convenio colectivo de negociación (contrato sindical). Usted puede hallar en su contrato sindical información más detallada acerca de sus honorarios, cuándo puede esperar un aumento y sus beneficios laborales. Usted puede ordenar un contrato sindical por Internet en www.seiu775.org o llamar al Centro de Recursos del Miembro al número gratuito **1-866-371-3200**.

También llame a este número si tiene preguntas con respecto al convenio colectivo de negociación, el sindicato, membresía al sindicato, beneficios del sindicato o actividades voluntarias del sindicato.

Proceso de contratación

La persona a la cual usted provee servicios es su empleador. Como su empleador, esta persona lo contrata, dirige su trabajo y toma decisiones sobre cómo y cuándo sus servicios pagados son brindados. Su empleador también puede despedirlo.

Su empleador es cliente del Departamento de Servicios Sociales y de Salud (DSHS, por sus siglas en inglés). DSHS coordina y paga los servicios que usted proporcionará. Su empleador es llamado como un cliente de DSHS cuando hablamos sobre su relación con DSHS en este folleto.

Existen requerimientos y pasos adicionales que usted deberá enfrentar antes de que DSHS le pague en nombre de su empleador. Usted debe:

- Estar decidido a ser un proveedor individual calificado.
- Tener 18 años de edad o más.
- Proporcionar un documento de identidad con foto y una tarjeta de Seguro Social válida o una autorización para trabajar en los Estados Unidos.
- Aprobar una verificación de antecedentes penales.
- Aprobar una verificación de antecedentes penales mediante su huella digital.
- Firmar un "Formulario de entrada de contrato de proveedor individual".
- Firmar un contrato con DSHS y estar de acuerdo con las condiciones listadas en él.

VERIFICACIÓN DE ANTECEDENTES PENALES Y REGISTRO DE HUELLAS DACTILARES

Se requiere que todos los trabajadores de cuidado, incluyendo a los proveedores individuales (IPs) completen una verificación de antecedentes del estado de Washington y una verificación de antecedentes mediante su huella digital. Se le pedirá que complete un formulario de "Autorización de antecedentes" para documentar la información requerida para hacer la revisión de sus antecedentes y darle su permiso a DSHS para que lo haga. **La ley estatal no permitirá que usted sea contratado o se le pague a través de fondos estatales o federales** si su verificación de antecedentes muestra:

- una condena por ciertos delitos
- cargos pendientes por ciertos delitos
- acciones negativas con Servicios de Protección a Adultos, Servicios de Protección a Niños, o el Departamento de Salud

También se le pedirá que llene un formulario de "Cita para toma de huellas digitales" y agende una cita para una verificación de antecedentes mediante su huella digital. El formulario de "Cita para toma de huellas digitales" le dará información sobre cómo agendar su cita. Si ha pasado la otra verificación de antecedentes, podrá trabajar hasta por 120 días, mientras espera el resultado de la verificación de antecedentes mediante su huella digital.

Si es contratado a través de una oficina de HCS/AAA, se realizarán verificaciones de antecedentes, como mínimo, cada dos años durante su empleo. Si es contratado a través de la Administración de Discapacidades del Desarrollo (por sus siglas en inglés, "DDA") se realizarán verificaciones de antecedentes, como mínimo, cada tres años durante su empleo.

La persona a la que proporciona servicios personales es su empleador.



FIRMA DEL CONTRATO CON DSHS

Se le solicitará que revise y firme un *Contrato de servicios al cliente de DSHS por servicios de Proveedor Individual*. Lea este contrato con atención. El contrato con DSHS establece lo que usted acuerda realizar al aceptar el pago de DSHS por la provisión de servicios a un cliente de DSHS.

Se le solicitará que firme dos formularios originales del *Contrato de servicios al cliente de DSHS por servicios de Proveedor Individual*. Un representante de DSHS también deberá firmar ambas copias del contrato con DSHS. Se le devolverá una copia para su registro.

Debe firmar un contrato con DSHS para poder recibir su paga. La fecha efectiva del contrato con DSHS es la primera fecha en la cual se le pagará, sin importar cuándo comenzó a trabajar. **Su contrato no entra en vigor hasta que sea firmado por usted y un representante autorizado de DSHS.**

Razones por las que se le puede negar un contrato con DSHS

A pesar de que su nuevo empleador lo contrata y supervisa, las leyes y regulaciones le permiten al Administrador del Caso o al Asistente Social de su empleador negarle un contrato con DSHS bajo ciertas circunstancias. Sin un contrato con DSHS, usted no puede recibir paga de DSHS para proveer servicios a su empleador.

Los siguientes son algunos ejemplos de cuándo el Administrador del Caso o el Asistente Social de su empleador le **pueden** negar un contrato con DSHS.

- Usted tiene otro trabajo o responsabilidades personales que le impiden o dificultan la provisión de los servicios identificados en el Plan de Atención.
- Usted vive muy lejos de su empleador por lo que no es práctico que proporcione los servicios indicados en el Plan de Atención.
- El/los proveedor(es) de atención médica de su empleador, u otra persona capacitada, sostienen que usted no posee la capacidad de proporcionar cuidado adecuado.
- Existe evidencia de que usted abusa de las drogas o alcohol.
- Usted tiene un historial registrado de violencia doméstica, órdenes de alejamiento o conducta delictiva.
- Aparece una o más condenas penales o cargos pendientes en su verificación de antecedentes del Estado de Washington o del Registro Nacional.
- Su empleador está decidido a que ninguna de sus necesidades de atención personal queden insatisfechas.
- Usted no es contratado por el cliente de DSHS.

Un Plan de Atención es un plan escrito que indica todo lo que debe realizar el equipo de atención para apoyar a su empleador.

Razones por las que se le negará un contrato con DSHS

Los siguientes son algunos ejemplos de cuándo el Administrador del Caso o el Asistente Social de su empleador le **deben** negar un contrato con DSHS.

- Tiene un antecedente de abuso, negligencia, abandono o explotación de un niño o adulto vulnerable o está en el registro de abuso.
- Tiene una acción negativa ante el Departamento de Salud.
- Su licencia, certificación o contrato con DSHS para el cuidado de niños o adultos vulnerables ha sido suspendido, revocado o rescindido por no cumplir con las reglas estatales y/o federales.
- Usted tiene una o más condenas o cargos pendientes debido a delitos que son causales de descalificación.
- Usted es el cónyuge de su empleador (a menos que su cónyuge reciba servicios de tareas domésticas) y no piensa proporcionar atención a ningún otro cliente de DSHS.
- Su revisión de carácter, competencia e idoneidad indican que usted no está calificado para ser contratado y pagado como un Proveedor Individual.
- Se le ha excluido para recibir pagos de Medicare, Medicaid, y/o Título XIX según se determine por la revisión de las bases de datos federales de personas excluidas.



Razones por las que se le puede negar el pago

Luego de comenzar a trabajar, existen razones por las que se le puede negar el pago por los servicios proporcionados. En algunos casos, también se pueden tomar acciones para terminar su contrato con DSHS. Se le puede negar el pago si:

- Si se encuentra que cualquiera de las razones listadas en la página 3 bajo “Razones por las que se le negará un contrato con DSHS” son verdaderas.
- Si no completa de manera exitosa los requisitos de certificación y/o ayuda de cuidado en el hogar requerido dentro de los límites de tiempo obligatorios (vea las páginas 6 a 12)

Las agencias estatales adoptan reglas, también conocidas como el Código Administrativo de Washington (WAC), para implementar las leyes estatales y federales.

Se puede leer el WAC de las siguientes maneras:

- Visitando el sitio de Internet de DSHS en: <http://www.apps.leg.wa.gov/wac>
- Visitando su biblioteca pública local y solicitando asistencia.
- Solicitando una copia al Administrador del Caso o al Asistente Social de su empleador.

Vea el Código Administrativo de Washington (WAC, por sus siglas en inglés) 388-71-0500 hasta el 1006 para mayor información acerca de los IP, contratos con DSHS y cuándo se puede negar el pago.

Razones por las que se rescindirá su contrato con DSHS

Existen ciertas condiciones o situaciones que son causales de rescisión de su contrato con DSHS. Los siguientes son algunos ejemplos de cuándo el Administrador del Caso o el Asistente Social de su empleador tomarán acción para rescindir su contrato con DSHS.

- Si se encuentra que cualquiera de las razones listadas anteriormente bajo “Razones por las que se le negará un contrato con DSHS” son verdaderas.
- Su Certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar es revocada.
- Usted no puede o no desea proporcionar cuidado adecuado y/o pone en peligro la salud, la seguridad o el bienestar de su empleador.
- Existe evidencia de que usted cometió violencia doméstica, abuso, negligencia, abandono o explotación de un menor o un adulto vulnerable.
- Usted consume o está bajo la influencia de alcohol o drogas ilegales en horas de trabajo.
- Su comportamiento hacia su empleador o hacia otras personas que le rodean representa un riesgo de daño para éste.
- Un informe del proveedor de atención médica de su empleador indica que la salud de él/ella se ha visto afectada negativamente por recibir cuidados inadecuados proporcionados por usted.
- Usted no cumple con la provisión de los servicios esenciales listados en el Plan de Atención de su empleador.
- Se ha recibido una queja de su empleador o su representante indicando que el él o ella no está recibiendo un cuidado adecuado de su parte.
- Usted no responde apropiadamente en casos de emergencia.
- Su nombre aparece en una de las bases de datos de exclusión federal durante la revisión mensual
- Usted no completa la capacitación y certificación requeridas de manera oportuna.

Si se le niega el pago o si su contrato es rescindido, usted puede tener derecho a una audiencia administrativa para apelar la decisión. Para solicitar una audiencia administrativa, envíe una solicitud por escrito a la Oficina de Audiencias Administrativas.

Requisitos de certificación de capacitación y Ayuda de Cuidado en el Hogar (HCA, por sus siglas en inglés)

Esta sección le ayudará a entender cuáles son sus requerimientos de capacitación y certificación. Para recibir ayuda con el control de los pasos y fechas límite, utilice la *“Lista de verificación de certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar para proveedores individuales”* en las páginas 12-13.

La ley requiere que los trabajadores de Cuidado a Largo Plazo completen 5 horas de orientación y entrenamiento de seguridad antes de proporcionar cuidado personal pagado. Además de esto, la mayoría de los trabajadores de Cuidado a Largo Plazo deben completar 70 horas de entrenamiento básico dentro de los primeros **120 días desde su contratación**. Revise la tabla en las páginas 10-11 para averiguar si usted debe completar las 70 horas de capacitación básica.

Todos los proveedores individuales (IPs) deben completar la capacitación requerida brindada por la Sociedad de Capacitación. Usted es responsable de ponerse en contacto con el Centro de Recursos para Miembros para inscribirse para la capacitación requerida. Puede contactar al Centro de Recursos para Miembros al 1-866-371-3200.

Certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar (HCA)

Muchos trabajadores de Cuidado a Largo Plazo están obligados a certificarse en Ayuda de Cuidado en el Hogar (HCA). Quienes están obligados a obtener la certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar (HCA) deben presentar la solicitud de Ayuda de Cuidado en el Hogar al Departamento de Salud (por sus siglas en inglés, “DOH”) dentro de los primeros 14 días desde su contratación. Revise la tabla *“Requisitos de capacitación para trabajadores de Cuidado a Largo Plazo”* en la página 10 para ver detalles sobre requisitos específicos para su situación.

Para ser certificado en Ayuda de Cuidado en el Hogar (HCA) usted debe seguir varios pasos y cumplir con fechas límite importantes. Para recibir ayuda para comprender los pasos y fechas límite, vea la *Lista de verificación para Ayuda de Cuidado en el Hogar para Proveedores Individuales* en las páginas 11-12.

Si usted fue contratado para brindar cuidado a largo plazo el 7 de enero del 2012 o después: usted debe completar todo el requisito de 75 horas de capacitación dentro de un plazo de 120 días desde su fecha de contratación y recibir su certificación HCA del Departamento de Salud dentro de un plazo de 200 días desde su fecha de contratación.

Si su competencia en inglés es limitada (esto significa que su capacidad de leer, escribir o hablar inglés es limitada) usted califica para una certificación HCA provisional, emitida por el Departamento de Salud. Una certificación provisional le otorga 60 días adicionales (para un total de 260 días) para obtener su certificación HCA plena. Para seguir trabajando, debe obtener su certificación HCA plena antes de que la certificación HCA provisional expire.

Para obtener una certificación provisional HCA debe marcar la caja en la solicitud al Departamento de Salud que indica que usted está *“solicitando un certificado provisional disponible para ayudas de cuidado en el hogar que tengan una capacidad limitada de leer, escribir o hablar inglés”*.

Usted es responsable de tomar las medidas necesarias para obtener su certificación de HCA.

Capacitación de orientación y seguridad

Usted debe completar su capacitación de orientación y seguridad antes de brindar cuidado. Usted recibirá DVDs de orientación y seguridad del personal de DSHS cuando se le contrate para brindar servicios de cuidado. Una vez completados los DVDs:

- Espere hasta recibir su Aviso de Servicio Social (vea la página 17).
- Llame al 1-866-483-1397 y dé fe de que ha completado estos DVDs. Usted necesitará un número de confirmación y los últimos 4 dígitos de su número de seguro social antes de llamar a este número. Su número de confirmación lo puede encontrar al:
- Ingresar a www.myseiubenefits.org. El número de confirmación está debajo de su nombre.
- Enviar un correo electrónico a studentsupport@myseiubenefits.org y solicitar uno.
- Llamar al Centro de Recursos del Miembro al 1-800-371-3200.

Requisito de 70 horas de capacitación

Además de 5 horas de *Capacitación de Orientación y Seguridad*, muchos trabajadores de Cuidado a Largo Plazo están obligados a completar 70 horas de capacitación básica (para un total de 75 horas de capacitación) dentro de los primeros 120 días desde su contratación. Usted tomará esta capacitación por medio de la Sociedad de Capacitación NW.

- ✓ Debe registrarse para la capacitación dentro de un plazo de 14 días desde su contratación. Para encontrar y registrarse para capacitación en su área, vaya al sitio web de la Sociedad de Capacitación en www.myseiubenefits.org o llame al Centro de Recursos del Miembro al 1-866-371-3200.
- ✓ Debe solicitar su certificación HCA al Departamento de Salud dentro de los primeros 14 días desde su contratación. No incluya la tarifa con su solicitud; la Sociedad de Capacitación pagará su tarifa de solicitud directamente al Departamento de Salud.
- ✓ Debe registrarse para el examen de certificación de HCA a través de una compañía llamada Prometric. Haga esto tan pronto como se programen sus fechas de capacitación. No incluya la tarifa en su solicitud; la Sociedad de Capacitación pagará su tarifa de solicitud directamente a Prometric.
- ✓ Una vez que complete 5 horas de *Capacitación de Orientación y Seguridad* y 70 horas de capacitación básica, habrá cumplido con los requisitos de capacitación (75 horas en total) para la certificación HCA y podrá presentar el examen de Prometric.

Para aprender más sobre el proceso de Certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar (HCA):

- Llame al Centro de Recursos del Miembro al 1-866-371-3200
- Consulte la lista de verificación de Certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar en las páginas 12-13.

Para aprender más sobre cómo solicitar la certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar (HCA) visite el sitio web del DOH:

- www.doh.wa.gov/LicensesPermitsandCertificates/ProfessionsNewReneworUpdate/HomeCareAide.aspx

Para aprender más sobre la prueba de certificación HCA y el proceso de aplicación de la prueba visite el sitio web de Prometric:

- www.prometric.com/WADOH/

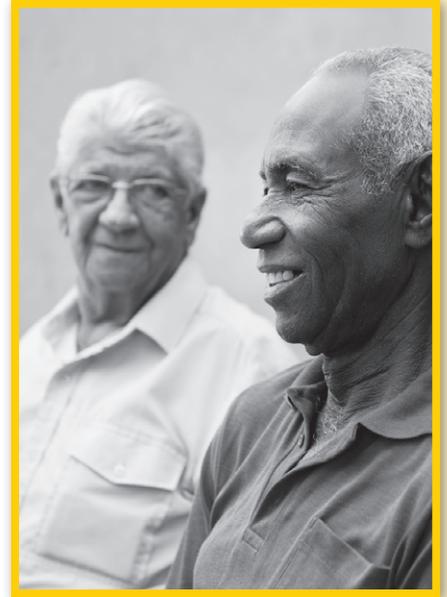


Inscribirse para Capacitación a través de la Sociedad de Capacitación SEIU Healthcare NW – Llame al Centro de Recursos del Miembro: **1-866-371-3200**, o ingrese a: www.myseiubenefits.org

Exenciones a las 70 horas de capacitación y la certificación HCA

Si usted está exento, no necesita recibir las 70 horas de capacitación ni obtener la certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar. Usted puede estar exento si:

- Es un Enfermero Registrado (por sus siglas en inglés, “RN”), un Enfermero Práctico con Licencia (por sus siglas en inglés, “LPN”) o un Asistente de Enfermería Certificado (por sus siglas en inglés, “CNA”) con una credencial vigente y en buenos términos con el Departamento de Salud.
- Cuenta con entrenamiento en educación especial y una recomendación en buenos términos de la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (por sus siglas en inglés, “OSPI”).
- Trabajó entre el 1 de enero del 2011 y el 6 de enero del 2012 en una institución de cuidado a largo plazo del estado de Washington y completó todos los requerimientos de capacitación en esa ocasión. Ejemplos de trabajo en una institución de cuidado a largo plazo incluyen brindar servicios de cuidado personal pagado a ancianos o personas con discapacidad en una Institución de Vivienda Asistida (casa de reposo) con licencia estatal, Hogar Familiar para Ancianos, Agencia de Cuidado en el Hogar, o como proveedor individual para un cliente del DSHS.



Si sólo brinda cuidado a su padre, madre o hijo

Los individuos que brinden cuidado a largo plazo a un padre, madre o hijo (y a nadie más) tienen diferentes requisitos de capacitación. Si sólo está cuidando a su padre, madre o hijo, entonces no necesita cumplir con las 70 horas de capacitación básica. Revise la tabla de las páginas 10-11 para ver los requisitos de capacitación para su situación específica.

Si acepta un cliente que no sea su padre, madre o hijo, entonces cambiarán sus requisitos de capacitación. Si necesita ayuda para entender sus requisitos de capacitación actuales, llame al Centro de Recursos del Miembro al 1-866-371-3200.

Si brinda cuidado para una persona, 20 horas o menos al mes

Si usted brinda cuidado para una persona, 20 horas o menos al mes, es considerado como un Proveedor de Servicio Limitado. Los Proveedores de Servicio Limitado tienen diferentes requisitos de capacitación y no necesitan completar las 70 horas de capacitación básica. Si acepta otro cliente, o si aumenta el número de horas que trabaja, entonces cambiarán sus requisitos de capacitación.

Revise la tabla de las páginas 10-11 para ver los requisitos de capacitación para Proveedores de Servicio Limitado.

¿Qué sucede si usted no cumple con la capacitación necesaria y/o plazos de Certificación?

Sus pagos se detendrán si no completa la capacitación requerida y/o se certifica en HCA dentro de los plazos previstos. No hay **prórrogas** para cumplir estos plazos.

Se le pagarán las horas de capacitación que completó antes de que su pago se detuviera.

Para ser reinstalado (recibir de nuevo pagos como IP), debe completar toda la capacitación necesaria y certificarse como HCA, si se requiere, por su cuenta y bajo su propio costo.

Obtener su reincorporación

Si usted **pierde los plazos de su capacitación**, debe completar cualquier capacitación requerida restante a través de un instructor comunitario y pagarla usted mismo. **La Sociedad de Capacitación SEUI Healthcare NW ya no le brinda la capacitación requerida cuando su pago se detenga. DSHS no puede intervenir entre usted y Sociedad de Capacitación SEUI Healthcare NW si no cumple con los plazos de la capacitación.**

Para encontrar una lista de instructores comunitarios, visite el sitio web de la Administración de Ancianos y Apoyo a Largo Plazo del DSHS en www.altsa.dshs.wa.gov/professional/training/ y haga clic en "Encuentre una clase".

Si usted **perdió los plazos de su certificación HCA**, debe tomar las acciones requeridas por el Departamento de Salud y Prometric y convertirse en un HCA certificado.

Una vez cumplidos los requisitos de reinstalación (capacitación y/o certificación HCA):

- ✓ Póngase en contacto con el gerente del caso de su empleador y pida su reincorporación como proveedor individual (IP). El administrador de casos necesitará copias de sus certificados de capacitación de los cursos tomados fuera de la Sociedad de capacitación y la documentación de que se le ha otorgado la certificación.
- ✓ Llame al Centro de Recursos del Miembro al **1-866-371-3200** y avíseles que ha sido reinstalado como proveedor individual (IP).

Requerimientos para delegación de servicios de enfermería

Si se delega en usted cualquier tarea de enfermería a través de la Delegación de servicios de enfermería, usted tendrá los siguientes requerimientos adicionales de capacitación y certificación.

Usted debe contar con una de estas certificaciones:

- Asistente de Enfermería – Registrado (por sus siglas en inglés, “NAR”)
- Asistente de Enfermería – Certificado (por sus siglas en inglés, “NAC”)
- Certificación de Ayuda de Cuidado en el Hogar (por sus siglas en inglés, “HCA”)

Y

Debe completar esta capacitación:

- *Si usted es Asistente de Enfermería - Registrado (NAR):*
Capacitación básica y Delegación de Servicios de Enfermería para Asistentes de Enfermería CORE
- *Si usted es Asistente de Enfermería – Certificado (NAC):*
Delegación de Servicios de Enfermería para Asistentes de Enfermería CORE
- *Si usted tiene certificación como Ayuda de Cuidado en el Hogar (HCA):*
Delegación de Servicios de Enfermería para Asistentes de Enfermería CORE

Se deben delegar las inyecciones de insulina. Antes de desempeñar esta tarea delegada, la ley requiere que un asistente de enfermería o HCA complete la clase *Delegación de servicios de enfermería para Asistentes de Enfermería: Enfoque especial en Diabetes* después de la clase de *Delegación de Servicios de Enfermería para Asistentes de Enfermería CORE*. Cualquier Proveedor Individual puede tomar estos cursos, pero debe contar con credenciales de NAR, NAC o HCA para realizar una tarea delegada de enfermería.

Requisitos de educación continua

La mayoría de los trabajadores de Cuidado a Largo Plazo necesitará completar 12 horas de educación continua (por sus siglas en inglés, “CE”) cada año antes de su cumpleaños. Consulte la tabla *“Requisitos de capacitación para trabajadores de Cuidado a Largo Plazo”* en la página 10 para ver detalles sobre su situación específica.

Para encontrar clases de educación continua

- Visite la página web de la Sociedad de Capacitación en <http://www.myseiubenefits.org/>.
- Llame al Centro de Recursos del Miembro al: 1-866-371-3200
- Visite el sitio web de la Administración de Ancianos y Apoyo a Largo Plazo del DSHS para información sobre la capacitación para trabajadores de Cuidado a Largo Plazo <https://fortress.wa.gov/dshs/adsaapps/Professional/training/training.aspx>



Usted es responsable de tomar las medidas necesarias para convertirse en un HCA certificado.

Requisitos de capacitación para trabajadores de cuidado a largo plazo

Long Term Care Worker Training Requirements

CATEGORÍA DE PROVEEDOR INDIVIDUAL	CAPACITACIÓN BÁSICA DE ORIENTACIÓN		Y SEGURIDAD				CREDENCIAL HCA	EDUCACIÓN CONTINUA INICIAL (CE)	EDUCACIÓN CONTINUA CONSTANTE (CE)
	Orientación 2 horas	Capacitación sobre Seguridad 3 horas	Capacitación básica acelerada 30 horas	Capacitación básica 70 horas	Clase para padres proveedores 7 horas (DDA solamente)	¿Se requiere credencial de HCA?			
Proveedor individual estándar Contratado después del 6 de enero del 2012 sin credencial.	Completado antes de proporcionar cuidado	Completado o antes de proporcionar cuidado	No requerido	Completado en un plazo de 120 días desde que empezó a proporcionar cuidado	No requerido	Sí, dentro de un plazo de 200 días desde la contratación	Antes de su cumpleaños, un año después de la emisión de su primera credencial de HCA	Educación Continua (CE) 12 horas A más tardar en su cumpleaños cada año	
Proveedor individual estándar: Contratado después del 6 de enero del 2012 con credencial HCA.	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	Sí, debe mantener su credencial	Antes de su cumpleaños después de la primera fecha de renovación de su credencial de HCA	A más tardar en su cumpleaños cada año	
Proveedor individual exento: Entre el 1 de enero del 2011 y el 6 de enero del 2012, trabajó en una instalación de cuidado a largo plazo y cumplió los requisitos de capacitación básica en ese momento. Ejemplos de trabajo en una instalación de cuidado a largo plazo incluyen ofrecer servicios pagados de cuidado personal para personas ancianas o con discapacidades en una instalación de vivienda asistida con licencia estatal (casa de reposo), Hogar familiar para adultos, Agencia de cuidado en el hogar, o como proveedor individual de un cliente de DSHS.	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	No	Antes de su cumpleaños cuando esté trabajando o regresando al trabajo.	A más tardar en su cumpleaños cada año. Una vez que regrese a trabajar después del 6 de enero del 2012 debe completar 12 horas de educación continua cada año, incluso si no está trabajando.	
Proveedor individual exento: Con credencial de Enfermero Registrado (RN), Practicante de Enfermería Registrado Avanzado (ARNP), Enfermero Práctico con Licencia (LPN) o Técnico en Enfermería.	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	No, mientras la credencial de RN o LPN se mantenga en buenos términos	Conservar su credencial de RN o LPN en buenos términos	Conservar su credencial de RN o LPN en buenos términos	
Proveedor individual exento: Con credencial de Asistente en Enfermería, Certificado (CNA)	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	No, mientras su credencial de CNA se mantenga en buenos términos	Antes de su cumpleaños en su primer año de trabajo	A más tardar en su cumpleaños cada año	
Proveedor individual exento: Con reconocimiento de educación especial de la Oficina del Superintendente de Instrucción Pública (OSPI)	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	No requerido	No, mientras su reconocimiento de educación especial esté en buenos términos	Antes de su cumpleaños en su primer año de trabajo	A más tardar en su cumpleaños cada año	

Requisitos para trabajadores de cuidado a largo plazo

Requisitos de capacitación para trabajadores de cuidado a largo plazo

Long Term Care Worker Training Requirements

CATEGORÍA DE PROVEEDOR INDIVIDUAL	CREDENTIAL DE		CAPACITACIÓN BÁSICA				DE ORIENTACIÓN Y SEGURIDAD		EDUCACIÓN CONTINUA INICIAL (CE)	EDUCACIÓN CONTINUA CONSTANTE (CE)
	Orientación 2 horas	Capacitación sobre Seguridad 3 horas	Capacitación básica acelerada 30 horas	Capacitación básica 70 horas	Clase para padres proveedores 7 horas (DDA solamente)	¿Se requiere credencial de HCA?	Educación Continua (CE) 12 horas	Educación Continua (CE) 12 horas		
* Padre proveedor individual: Individuo que cuida a su hijo biológico, adoptivo o hijastro	Completar antes de proporcionar cuidado	Completar antes de proporcionar cuidado	Completar en un plazo de 120 días desde que empezó a proporcionar cuidado	No requerido	No requerido	No	No requerido, a menos que obtenga voluntariamente su credencial HCA	No requerido, a menos que obtenga voluntariamente su credencial HCA		
* Padre proveedor individual DD: Individuo que cuida a su hijo biológico, adoptivo o hijastro con discapacidades del desarrollo	Completar antes de proporcionar cuidado	Completar antes de proporcionar cuidado	No requerido	No requerido	Completar en un plazo de 120 días desde que empezó a proporcionar cuidado	No	No requerido, a menos que obtenga voluntariamente su credencial HCA	No requerido, a menos que obtenga voluntariamente su credencial HCA		
* Proveedor individual de servicios limitados: Ofrece 20 horas (o menos) de cuidado al mes para una persona	Completar antes de proporcionar cuidado	Completar antes de proporcionar cuidado	Completar en un plazo de 120 días desde que empezó a proporcionar cuidado	No requerido	No requerido	No	Después del 1 de julio del 2014: a más tardar en su próximo cumpleaños	Después del 1 de julio del 2014: A más tardar en su próximo cumpleaños		
* Proveedor individual hijo adulto: Hijo adulto que cuida de sus padres biológicos, adoptivos o padrastros	Completar antes de proporcionar cuidado	Completar antes de proporcionar cuidado	Completar en un plazo de 120 días desde que empezó a proporcionar cuidado	No requerido	No requerido	No	Antes de su cumpleaños en el siguiente año calendario después de completar la capacitación básica acelerada	A más tardar en su cumpleaños cada año		

* Si cambia el tipo o número de clientes a los que proporciona el servicio, o si aumenta el número de horas que trabaja, puede cambiar su categoría de proveedor individual. Esto podría incrementar sus requisitos de capacitación y certificación. Si tiene alguna pregunta sobre su categoría de proveedor individual y sus requisitos de capacitación, llame al Centro de Recursos del Miembro al:
1-866-371-3200

Lista de verificación para proveedores individuales para obtener la certificación como auxiliar de cuidados en el hogar (HCA)

Requisitos según la ley:

Debe completar **75** horas de capacitación (incluye 5 horas de orientación y seguridad) dentro de **120** días desde la fecha de su contratación (autorización de servicio abierto) y convertirse en un auxiliar de cuidados en el hogar dentro de los **200** días de su contratación. Si no cumple con estas fechas límite no deben continuar pagándole. Utilice las siguientes fechas límite RECOMENDADAS y la lista de verificación para cumplir con estas fechas .

Trabajará con el personal para comenzar el proceso para ser contratado como auxiliar de cuidados para el hogar (HCA)



Marque cada casilla después de completar cada paso.

- Complete una verificación de antecedentes con su nombre y fecha de nacimiento al momento de la contratación.
- Se genera un número de agencia de casos de origen (OCA#, por sus siglas en inglés), que necesita para su **solicitud del Departamento de Salud**, en el formulario de la cita que obtiene en la contratación. **Conserve el formulario** y escriba el OCA# aquí: _____
- Usted programará el horario de la cita para reconocimiento de huellas dactilares. Escriba la hora de la cita aquí: _____
- Antes de proveer sus servicios** : Vea el DVD de 5 horas: *Orientation & Safety Training (Orientación y capacitación de seguridad)*, confirme llamando al sistema automático del número 1-866-483-1397. Tenga listos los últimos 4 dígitos de su número de seguro social y su código de confirmación de la Asociación de capacitación . Se le enviará por correo una Carta de Bienvenida de la Asociación de capacitación SEIU Healthcare NW con instrucciones.



Paso 1 : Enviar una solicitud de certificación del Departamento de Salud (DOH, por sus siglas en inglés)

- Completar a los 14 días de contratación**: Solicitar la certificación al DOH. Enviar una [Solicitud de certificación de auxiliar de cuidados en el hogar \(HCA\)](#) del DOH. El OCA# del formulario de la cita para reconocimiento de huellas dactilares debe estar en el formulario del DOH. Se le enviará por correo una **Carta de Bienvenida** de la Asociación de capacitación NW con instrucciones sobre el envío de su solicitud para que las lea detenidamente. **NO pague cargos**.
 - ⇒ *Se le asigna un número credencial del DOH de 10 dígitos (comienza con HM). Necesita este número para su solicitud en Prometric. Encuentre su número credencial del DOH en el sitio web del DOH haciendo clic en "[Búsqueda de credencial de proveedor](#)":* _____
- Si usted tiene desempeño limitado del idioma inglés (esto significa que su habilidad para leer, escribir o hablar inglés es limitada) usted puede calificar para una certificación adicional provisional de 60 días. Usted debe indicar esto en la solicitud inicial DOH para calificar.



Paso 2: Su registro para capacitarse en la Asociación de capacitación SEIU Healthcare NW

- Haga esto a los 14 días de contratación**: Registrarse para la capacitación básica de 70 horas a través del sitio web de Asociación de Capacitación de NW (www.myseiubenefits.org) o llame al Centro de Recursos de los Miembros al 1-866-371-3200.
- Le recomendamos que realice esto a los 60 días de contratación**: Complete su capacitación tan pronto como sea posible para asegurarse de tener clases en el área donde vive y tiempo para cumplir con las fechas límite de las evaluaciones y certificación.
- Una vez que la capacitación 75 horas esté terminada, se enviará automáticamente una copia de su Certificado de Compleción de la Asociación de capacitación al DOH de parte de la Asociación de capacitación.



Paso 3: Enviar una solicitud de candidato de Prometric para programar su evaluación

- Una vez programada la capacitación**: Solicite a Prometric tomar un examen de aptitud y escrito del HCA. Envíe un [Formulario de solicitud para exámenes de HCA del Estado de WA](#) . Siga las instrucciones en su **Carta de Bienvenida** y revise la parte posterior del folleto para ver instrucciones y la dirección. **NO envíe dinero**.
 - ⇒ *Utilice el número credencial de 10 dígitos asignado por el DOH mencionado en el paso 1 como el número de identificación del candidato solicitado en este formulario.*
 - ⇒ *El examen de aptitud del HCA se puede hacer en 13 idiomas incluido el inglés. Se puede rendir el examen escrito **oralmente en inglés o en alguno de estos idiomas anteriores** Ver el dorso del volante para obtener instrucciones y la lista de idiomas.*



Paso 4: Al completar la capacitación y realizar el examen, el DOH determinará la certificación como auxiliar de cuidados en el hogar

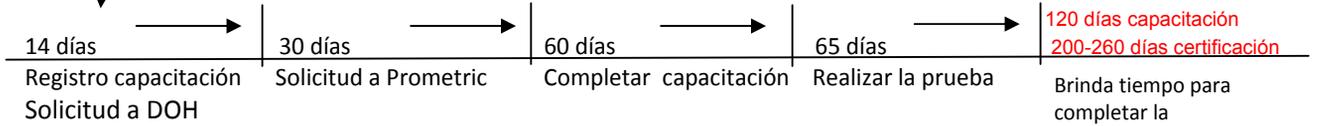
- Debe completar las 75 horas de capacitación antes de realizar el examen escrito y de habilidades mediante Prometric. Programe su examen en base a la fecha que espera completar su capacitación. Una vez que finalice su capacitación, realice la prueba como está programado. Escriba esa fecha aquí: _____
- Si no rinde el examen en la fecha que indicó, vuelva a programarlo inmediatamente. *Si no aprueba el examen, vuelva a solicitarlo inmediatamente a Prometric para volver a evaluarlo. Puede realizar la parte que no aprobó dos veces. **Debe pagar un arancel para cada examen que realiza nuevamente.***
- Si el DOH ha emitido su credencial, el sitio web del DOH lo mostrará como "Activo". Ver el dorso del volante para obtener la dirección del sitio web.

Vea el dorso del volante para ver sitios web, direcciones de correo postal, información de contacto y consejos útiles →

La fecha límite para completar la evaluación y certificación como HCA será extendida hasta los 200 días de la contratación. La fecha de inicio del servicio en el aviso de autorización del servicio que usted recibe de SSPS es el primer día que es contratado para brindar atención. Los 120 días para completar la capacitación básica comienzan desde la fecha de inicio de este servicio.



¡Intente darse la mejor oportunidad de cumplir con las fechas límite obligatorias!
Recomendado **Fecha límite obligatoria**



(Obligatorio con el DOH a los 14 días)
Si no cumple con las fechas límite de capacitación y certificación

- NO PUEDE recibir pagos por sus servicios .
- DEBE pagar por la capacitación restante usted mismo .

120 días capacitación
 200-260 días certificación

Brinda tiempo para completar la capacitación hasta el día 120 y hasta el día 200 para la certificación o Certificación Provisional hasta el día 260 para nivel limitado de

Cómo realizar el examen de HCA en otros idiomas

Para realizar el examen de HCA en español, ruso, vietnamita, coreano, chino, camboyano, laotiano, samoano, somalí, ucraniano, tagalog o árabe, marque el idioma deseado en la solicitud del examen de HCA de Prometric. Para realizar el examen escrito en forma oral en inglés o uno de estos idiomas, marque "Examen oral y examen de aptitud" en "Se presenta por primera vez" en la solicitud del HCA. Si elige una evaluación oral, la computadora lee la pregunta y las opciones de respuesta para usted. Un examen escrito oral tiene un arancel adicional de \$10 por el examen.

Información de contacto para credenciales de HCA

Quién	Teléfono y fax	Dirección postal	Correo electrónico
DOH	Coordinador de credenciales para HCA (360) 236-2700 Servicio al cliente del DOH (360) 236-4700	Envíe la solicitud por correo a: <u>No incluye el arancel</u> DOH Home Care Aide Credentialing P.O. Box 1099 Olympia, WA 98507 Envíe otros documentos NO enviados con la solicitud inicial a: DOH Home Care Aide Credentialing P.O. Box 47877 Olympia, WA 98504	Homecareaidess@doh.wa.gov
Prometric	Del 01/09 al 31/10: ENVÍE LAS SOLICITUDES A BSI <u>No envíe el arancel</u> Benefit Solutions Inc. PO Box Mukilteo, WA 98275 Phone: 877-959-6274 Fax 1-866-863-8177	El 01/11/13 y después: Envíe la SOLICITUD DEL EXAMEN a Prometric: <u>No envíe el arancel</u> Prometric, Attention: WA Home Care Aide Program 7941 Corporate Drive Nottingham, MD 21236 Fax: 800-813-6670	Correo electrónico de Prometric: WAHCA@prometric.com Nuevas funciones de Prometric en línea Aplicación Correo electrónico de Benefits Solutions: HCA@bsipta.com



Encuentre estos enlaces en una ubicación en www.adsa.dshs.wa.gov/professional/training/links

Verificación de antecedentes

- [Formulario de autorización de verificación de antecedentes](#)
- [Formulario de cita para reconocimiento de huellas dactilares](#)
- [Sitio web de BCCU](#)

Capacitación

- [Encontrar una clase/instructor](#)

Certificación—DOH

- [Sitio web principal](#)
- [Solicitud para certificación de HCA](#)
- [Búsqueda de credenciales de proveedores](#)

MRC Asociación de capacitación de NW

1-866-371-3200
[Asociación de capacitación de NW de atención para la salud SEIU](#)

Certificación de examen—Prometric

- [Sitio web principal](#)
- [Exámenes de HCA del estado de WA Formulario de solicitud](#)
- [Boletín de información de prueba para HCA](#)



September 2013

CÓMO PROCESAR SU PAGO

REGISTRANDO SUS HORAS DE TRABAJO DIARIO Y KILOMETRAJE

Todo proveedor individual (IP) debe registrar el número de horas trabajadas cada día y su kilometraje reembolsable (vea abajo) Use el *formulario 15-015x de DSHS - Planilla de control de horas de Proveedores Individuales* para registrar las horas trabajadas y el kilometraje.

Su planilla de control de horas es un documento importante. Es el registro de su trabajo y le brinda protección y rendición de cuentas. Al mantener su planilla de control de horas usted:

- Ayuda a reducir cualquier desacuerdo entre usted y su empleador acerca de las horas que usted trabajó y el kilometraje.
- Proporciona una manera para que el Administrador del Caso/Asistente Social de su empleador supervise el Plan de Atención de este último.
- Cuenta con evidencias de que las horas que trabajó coinciden con el número de horas permitidas por el Plan de Atención de su empleador.

Su empleador le proporcionará las planillas de control de horas. Las planillas están disponibles en camboyano, chino, coreano, laosiano, ruso, somalí, español y vietnamita. Hable con el Administrador del Caso o Trabajador Social de su empleador si sería útil para usted tener sus Planillas de control de horas en uno de estos idiomas.

El no completar sus Planillas de control de horas correctamente y/o consistentemente, podría resultar en la demora o rechazo del pago o posible despido.

Para evitarlo:

- Siga las instrucciones en la página 15 y use el ejemplo de planilla de control de horas en la página 16 como referencia al llenar su propia planilla.
- Registre sus horas de trabajo y kilometraje cada día que trabaje
- Llene una planilla de control de horas por separado para cada empleador si proporciona servicios a más de un cliente de DSHS.
- Al final de cada período de pago, revise su planilla de control de horas junto con su empleador para verificar su exactitud antes de firmarla.
- Proporcione una copia de su planilla de control de horas completa y firmada a su empleador y guarde una copia para su archivo. **No envíe su planilla de control de horas por correo junto con su factura de SSPS.**

Usted debe guardar las copias de sus planillas de control de horas durante seis años. Conserve las planillas de control de horas durante este período de tiempo, incluso si ya no trabaja para ese cliente DSHS (él o ella se muda, se muere o usted ya no trabaja como IP). Se le puede pedir que proporcione copias de sus planillas de control de horas a los auditores federales o estatales. De no hacerlo es posible que tenga que devolver el dinero que se le pagó como un IP y posible terminación de su contrato.

Como parte de su rutina diaria, deberá completar su planilla de control de horas.

INSTRUCCIONES PARA LLENAR SU PLANILLA DE CONTROL DE HORAS (DSHS 15-051x)

1. Escriba en letra de molde el nombre de su empleador en la fila superior del formulario, en el cuadro "NOMBRE DEL CLIENTE/EMPLEADOR".
2. Escriba en letra de molde su nombre en el cuadro "NOMBRE DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL".
3. Escriba en letra de molde el nombre del administrador de caso/trabajador social del empleador en el cuadro "NOMBRE DEL CM".
4. Escriba el mes calendario en el cuadro "MES" y el año en el cuadro "AÑO".
5. Ingrese la hora en la que comenzó a trabajar en el cuadro "HORA DE COMIENZO DEL SERVICIO" en la fila "A" debajo del número que representa el día del mes. Asegúrese de incluir a.m. o p.m.
6. Ingrese la hora en la que dejó de trabajar en el cuadro "HORA DE FINALIZACIÓN DEL SERVICIO" en la fila "B".
7. Ingrese las horas totales para ese día en la fila "C". **Su planilla de control de horas sólo debe incluir las horas que ha trabajado. No puede ingresar más horas de las autorizadas para brindar servicio.**
8. Ingrese la cantidad de millas que trasladó a su empleador en ese día (si lo hizo) en la fila "D". Vea la página 7 para saber qué kilometraje es reembolsable.
Repita los pasos 5 a 8 para cada día que trabajó durante el período de pago.
9. Al finalizar el mes, sume la cantidad total de horas trabajadas en la fila "C" y escriba el total en la columna "Total". (Este número debe coincidir con el número de horas que reportó en su factura para el pago).
10. De las tareas de cuidado personal listadas en el formulario, marque todas las que usted realizó durante ese mes, tal como se define en el Plan de Atención.
11. **Servicios de relevo de DDD:**
 - a. Si sólo está proporcionando servicios de relevo de DDD, **no** marque ningún cuadro de tareas de atención personal. El único cuadro que debe marcar es el de "Relevo de DDD" en su planilla de control de horas.
 - b. Si está proporcionando **ambos** servicios, de relevo y de cuidado personal, a un empleador, llene **dos** planillas de control de horas para ese mes; **una** para sus horas de relevo y una **por separado** para sus horas de cuidado personal. Marque las tareas de atención personal que brindó en esta **segunda** planilla de control de horas.
12. Luego de haber completado la planilla de control de horas, haga que su empleador la revise para asegurar su exactitud. Si su empleador está de acuerdo, él/ella deberá firmar con su nombre debajo de "FIRMA DEL CLIENTE".
13. Firme con su nombre debajo de "FIRMA DEL PROVEEDOR INDIVIDUAL".
14. Guarde una copia para su archivo y entregue una copia a su empleador para sus archivos. **No envíe por correo su planilla de control de horas al SSPS.**
15. Use su planilla de control de horas para llenar con exactitud su factura de servicios de SSPS.

Consulte la página 19 para obtener información sobre cómo solicitar horas de licencia/
tiempo libre pagado

Para recibir un pago por parte de DSHS, usted debe completar su planilla de control de horas.

Mantenga su planilla de control de horas por SEIS años. Los auditores estatales y federales pueden pedir las en cualquier momento.

AGING AND DISABILITY SERVICES ADMINISTRATION
Individual Provider Time Sheet

CLIENT/EMPLOYER NAME Cheryl Smith		INDIVIDUAL PROVIDER'S NAME Paris, Rita							CM NAME Sally Jones		MONTH/YEAR July 2012					
Day of Month	1	2	3	4	5	6	7	8	9	10	11	12	13	14	15	16
A Time Service Began	7 A	10 A	10 A	9 A	9 A	9:30 A	9:30 A	9:30 A		9 A	9 A	9 A	8 A			
B Time Service Ended	3 P	1 P	1 P	3 P	3 P	1:30 P	1:30 P	1:30 P		3 P	3 P	3 P	4 P			
C Total Hours Each Day	7	3	3	6	6	4	4	4		6	6	6	8			
D Mileage							11									
Day of Month	17	18	19	20	21	22	23	24	25	26	27	28	29	30	31	TOTALS
A Time Service Began		10 A	10 A	9 A			9:30 A	9:30 A	9 A	9:30 A		8:30 A				
B Time Service Ended		1 P	1 P	3 P			2:30 P	2:30 P	3 P	1:30 P		1:30 P				
C Total Hours Each Day		3	3	6			5	5	6	4		5				90
D Mileage								11								22

CHECK TASKS PERFORMED DURING MONTH (PERSONAL CARE PROVIDERS ONLY)

<input checked="" type="checkbox"/> Meal Preparation*	<input checked="" type="checkbox"/> Dressing	<input checked="" type="checkbox"/> Walking/Locomotion	<input checked="" type="checkbox"/> Bathing	<input type="checkbox"/> Essential Shopping*
<input type="checkbox"/> Eating	<input checked="" type="checkbox"/> Personal Hygiene	<input type="checkbox"/> Application of Lotion/Ointment*	<input type="checkbox"/> Toileting	<input type="checkbox"/> Wood Supply*
<input checked="" type="checkbox"/> Escort/Transport to Medical*	<input type="checkbox"/> Bed Mobility/Positioning	<input type="checkbox"/> Toenails Trimmed*	<input type="checkbox"/> Household*	<input type="checkbox"/> Dry Bandage Change
* Tasks for adult clients only.			<input type="checkbox"/> Passive Range of Motion Treatment	<input type="checkbox"/> Medication Management*
			<input type="checkbox"/> Transfer	<input type="checkbox"/> DDD Respite

INSTRUCTIONS FOR DOCUMENTING YOUR DSHS AUTHORIZED HOURS

A. Enter time service began – indicate AM or PM as appropriate. C. Enter total hours worked each day.
 B. Enter time service ended – indicate AM or PM as appropriate. D. Mileage: All miles traveled transporting or shopping for a client when authorized per SSPS.
DO NOT send these time sheets to Case Managers unless requested. Keep completed time sheets in your records for six (6) years. Copies will be requested by Case Managers at the time of reassessment. DSHS may request copies at any time.

CLIENT'S SIGNATURE _____ INDIVIDUAL PROVIDER'S SIGNATURE _____

This form is available at <http://www1.dshs.wa.gov/msa/forms/eforms.html>

REEMBOLSO POR KILOMETRAJE

Usted puede recibir un reembolso por las millas que ha manejado su vehículo personal para hacer compras esenciales para su empleador o para llevarlo a servicios médicos. Para recibir reembolso por millas, las compras esenciales o transporte a los servicios médicos deben ser parte del plan de atención del empleador. Vea la tabla siguiente para ver la tarifa de reembolso por millas.

Algunos IP que brindan transporte para un empleador pueden ser reembolsados por millas adicionales o necesidades de transporte dependiendo del programa de fondos de la atención del cliente de DSHS. Las necesidades de transporte adicionales, tales como llevar al empleador al trabajo, deben ser claramente identificadas y asignadas al IP en el Plan de Atención. Sólo en este caso, un IP puede ser reembolsado por kilometraje adicional hasta el monto autorizado por el administrador del caso en el Plan de atención.

Tarifa por kilometraje	
Hasta el 31 de octubre del 2104:	hasta 60 millas al mes por cada empleador
A partir del 1 de noviembre del 2014:	hasta 100 millas al mes por cada empleador.



AVISO DE SERVICIOS SOCIALES DE SSPS (DSHS 14-259X)

Se le envía un *Aviso de servicios sociales de SSPS* por correo cuando:

- Se autorizan por primera vez los servicios a su empleador.
- Hay algún cambio en los servicios o el pago autorizado.
- Su empleador ya no es elegible para servicios y su puesto es eliminado.

El *Aviso de servicios sociales de SSPS* muestra:

- El tipo y cantidad **máxima** de **unidades de servicio** que usted está autorizado a proporcionar cada mes a su(s) empleador(es). Las unidades estarán en horas (HR) o millas (MI). No se le pagará por encima del máximo de unidades de servicio autorizadas.
- El monto **máximo** que su empleador está obligado a pagarle directamente cada mes. El monto es llamado participación del cliente. El monto de la participación del cliente que recaude no debe ser mayor al total de su salario por hora multiplicado por el número de horas que brinde en el mes.

Cuando usted reciba un *Aviso de aviso de servicios sociales de SSPS*, verifique y asegúrese que la siguiente información sea correcta:

- Su nombre.
- Su dirección de correo.
- Unidades de servicio (HR, MI).
- Monto del pago.

Si alguno de estos datos no fuera correcta, llame inmediatamente al Asistente Social o al Administrador del Caso autorizado. Si no los llama para corregir los errores, tal vez reciba un pago incorrecto. El nombre y el número telefónico de la persona a quien debe llamar están en la parte inferior del *Aviso de servicios sociales de SSPS*.

Vea un ejemplo de un *Aviso de servicios sociales de SSPS* en la página 20.

NOTIFICACIÓN DE LOS SERVICIOS SOCIALES DE DSHS WASHINGTON

NOMBRE DE LA OFICINA LOCAL
DIRECCIÓN

PARIS, RITA

DIRECCIÓN

SMITH, CHERYL
NÚMERO DE
AUTORIZACIÓN
08/01/2012

ESTO ES PARA NOTIFICARLE QUE:

1. SE REQUIERE QUE **SMITH, CHERYL** PAGUE EL MONTO DE \$400.00 POR MES PARA CUBRIR EL COSTO DE LOS SERVICIOS DE 08-01-12 HASTA 08-31-12. **PARIS, RITA** RECOGE ESTE MONTO DE **SMITH, CHERYL** CADA MES. ESTE MONTO SERÁ DEDUCIDO DEL PAGO ANTES DE QUE SE EMITA LA GARANTÍA
2. **PARIS, RITA** ESTÁ AUTORIZADA DE LLEVAR LA ATENCIÓN INDIVIDUAL-HR PARA **SMITH, CHERYL**. EL PAGO ES APROBADO POR UN MÁXIMO DE 150 HORAS POR MES DE SERVICIO A **\$10.03** POR HORA POR UN MÁXIMO DE **\$1504.50** POR MES DESDE 08-01-12 HASTA 08-31-12.
 - USTED RECIBIRÁ UNA FACTURA DEL SERVICIO CADA MES. COMPLETE LA FACTURA DE ACUERDO A LAS INSTRUCCIONES.
 - LOS IMPUESTOS DEL SEGURO SOCIAL Y MEDICARES SERÁN RETENIDOS DEL SALARIO DEL EMPLEADO. EL ESTADO DE WASHINGTON PAGA LAS ACCIONES DEL EMPLEADOR EN NOMBRE DE **SMITH, CHERYL**, LA EMPLEADORA.
 - EL PAGO DE ESTE SERVICIO GENERARÁ UN W-2. LOS IMPUESTOS FICA SERÁN REEMBOLSADOS DESPUÉS DE FIN DE AÑO CUANDO EL PAGO ANUAL POR EL SERVICIO A CUALQUIER CLIENTE ESTÉ BAJO EL LÍMITE ANUAL DE FICA. EL IMPUESTO SOBRE LA RENTA NO SERÁ RETENIDO.

SI TIENE ALGUNA PREGUNTA, LLAME AL *administrador del caso autorizado o trabajador social* AL *número de teléfono*.

FACTURA DE SERVICIOS DEL SISTEMA DE PAGO DE SERVICIOS SOCIALES (SSPS, POR SUS SIGLAS EN INGLÉS) (DSHS 08-141)

Usted recibirá una *Factura de servicios* antes del fin de cada mes. Vea en la página 19 un ejemplo de una *Factura de servicios*. Use la Factura de servicios para informarle a DSHS la cantidad de horas de servicio que trabajó y si solicitará alguna hora de licencia/tiempo libre pagado para el mes.

Puede reportar sus unidades de servicio de dos maneras:

1. Enviando por correo una *Factura de servicios* llena a SSPS. Vea las instrucciones en la página 21.
2. Ingresando sus unidades de servicio utilizando Invoice Express. Vea las instrucciones en la página 23.

No ingrese sus horas o envíe su *Factura de servicios* hasta que haya finalizado su trabajo correspondiente al mes.

Nunca ingrese más unidades de servicio en su *Factura de servicios* de las que trabaja cada mes. Deberá devolver cualquier pago recibido y/o gastos adicionales relacionados con la paga en los que pueda incurrir el departamento debido a que usted reportó horas de más. Esto podrá incluir seguro médico y beneficios impositivos pagados a usted debido a las horas de más reclamadas.

No se le pagará por ninguna hora adicional a las autorizadas para su empleador. Si se necesitaran más horas de atención, su empleador debe hablar con su Administrador del Caso o el Asistente Social. Usted no puede agregar horas sin que el Administrador del Caso o el Asistente Social actualice el Plan de Atención.

Se le pagarán las horas que trabajó en un mes después del mes en que las trabajó. Por ejemplo, si trabaja 90 horas en julio, se le pagarán en agosto.

CÓMO SOLICITAR HORAS DE LICENCIA/TIEMPO LIBRE PAGADO (PTO)

Si usted es elegible y ha acumulado horas de vacaciones/tiempo libre pagado, se mostrará una línea de servicios en su *Factura de servicios* en la que se listará "Vacaciones de IP (775)" como el nombre del servicio. La cantidad de horas de vacaciones/tiempo libre pagado que usted tenga se incluirán en el cuadro "Unidad total" (vea un ejemplo en la página 19). En este momento, reporte cualquier tiempo libre pagado como horas de vacaciones.

Usted puede decidir tomar vacaciones/tiempo libre pagado y obtener su pago, o cobrar sus horas de vacaciones/tiempo libre pagado sin tomarse días libres. Si desea solicitar vacaciones/tiempo libre pagado durante el mes (sea que se tome días libres o los cobre), anote la cantidad total de horas que desea solicitar en el cuadro en blanco bajo el título "Unidad total".

Si usted NO desea solicitar vacaciones/tiempo libre pagado durante el mes, escriba "0" en el cuadro en blanco bajo el título "Unidad total". **No deje en blanco la línea de servicios de vacaciones. Esto demorará su pago.**

Las horas de vacaciones/tiempo libre pagado que tiene pero que no toma se acumulan y se suman a todas las horas nuevas de vacaciones/tiempo libre pagado que genere el mes siguiente (hasta 85 horas).

El período de servicios listado en la línea de servicios de vacaciones comprende los últimos 10 días hábiles del mes. Esto no influye en el momento en el que usted puede tomarse sus vacaciones/tiempo libre pagado. Vea la página 31 para obtener más información acerca de los beneficios de vacaciones/tiempo libre pagado y la elegibilidad.

También conocido como el número de beneficiario o número de proveedor SSPS

Su empleador le paga a este monto cada mes (participación del cliente)

Número máximo de unidades de servicio permitidas

Dónde reportar cuántas unidades de servicio trabajó en el mes

Balace de vacaciones/tiempo libre pagado disponible

Dónde solicitar horas de vacaciones/tiempo libre pagado (horas tomadas o cobradas, o "0" para acumular el saldo el mes siguiente). Vea la página 25 para obtener más información acerca de horas de vacaciones o tiempo libre pagado.

Se requiere su firma La firma de su empleado no se requiere.

INVOICE REGULAR **CALL 1-888-461-8855 OR MAIL INVOICE USING YOUR OWN STAMP**

INVOICE NUMBER 208R-000001	PAGE 001 OF 001	PAYEE NUMBER 000000	PROVIDER NUMBER 000000	FOR MONTH ENDING 08/31/12
--------------------------------------	----------------------------------	-------------------------------	----------------------------------	-------------------------------------

TO SIGN UP FOR DEPENDABLE DIRECT DEPOSIT, SEE INSTRUCTIONS.
FOR PAYMENT ISSUES, INCLUDING TIMELINESS, SEE INSTRUCTIONS.

SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)

PAYEE PROVIDER

PROVIDER NAME
MS 45812 OLYMPIA WA 98504

PROVIDER NAME
MS 45812 OLYMPIA WA 98504

SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
CLIENT, NAME SERVICE NAME COPEs PARTICIPATION	8/1/12 TO 8/31/12	\$400.00 REFERENCE 001-01-0001	400.00	MON	1	
CASE NUMBER 8888888888	AUTHORIZATION 6025787-01	WORKER I.D. 1 01BM01	REPORTING UNIT 999	SERVICE CODE 05258	COLLECT AMOUNT SHOWN ABOVE FROM CLIENT	
CLIENT, NAME SERVICE NAME COPEs PER CARE-INDIV-HR	8/1/12 TO 8/31/12	\$1504.50 REFERENCE 001-02-0002	10.03	HR	150	
CASE NUMBER 8888888888	AUTHORIZATION 6025787-01	WORKER I.D. 2 01BM01	REPORTING UNIT 999	SERVICE CODE 05256		
CLIENT, NAME SERVICE NAME IP VACATION (775)	7/22/12 TO 7/31/12	\$30.09 REFERENCE 001-03-0003	10.03	HR	3	
CASE NUMBER 9999999999	AUTHORIZATION 9999999-01	WORKER I.D. 1 01VP01	REPORTING UNIT 998	SERVICE CODE 09993		
SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		
SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE UNIT	TOTAL UNIT	SCHOOL HOLIDAY CARE
SERVICE NAME		REFERENCE				
CASE NUMBER	AUTHORIZATION	WORKER I.D.	REPORTING UNIT	SERVICE CODE		

VENDOR'S CERTIFICATE: When you submit this invoice for payment, you are certifying that the items and totals listed herein are proper charges for services, materials, or merchandise furnished to the State of Washington and that all services, materials, or merchandise rendered have been provided without discrimination because of race, color, religion, sex, sexual orientation, national origin, creed, marital status, age, Vietnam era or disabled veterans status, or the presence of any sensor, mental or physical handicap.

PAYEE SIGNATURE PROVIDER SIGNATURE

If mailing this invoice, make a copy for your records, attach postage and return to: **STATE OF WASHINGTON DEPARTMENT OF SOCIAL AND HEALTH SERVICES ISSD DATA CONTROL PO BOX 45889 OLYMPIA, WA 98504-5889**

INSTRUCCIONES DE FACTURA DE SSPS

PAGO CONFIABLE POR DEPÓSITO DIRECTO

Para eliminar problemas con el correo, use el DEPÓSITO DIRECTO. Para pedir una solicitud, escriba a: SSPS Direct Deposit Desk, PO Box 45812, Olympia WA 98504-5812 o visite: <http://www.dshs.wa.gov/ssps>

USTED TIENE DOS OPCIONES PARA SOLICITAR SU FACTURA:

1) REPORTE SU FACTURA POR TELÉFONO USANDO INVOICE EXPRESS – (Recomendada):

1. Complete la factura y firmela.
2. Llame a Invoice Express sin cargo al 1-888-461-8855.
3. Escuche con atención. Cada vez que ingrese un monto, se lo repetirán y le preguntarán si el número es correcto.
4. Quédese en el teléfono hasta completar todos los ítems. Usted podrá revisar o procesarla directamente para su pago.
5. Se le pedirá que presione el asterisco (*) en su teléfono cuando termine. Luego escuchará un mensaje de confirmación.
6. **IMPORTANTE:** No cuelgue hasta que escuche el mensaje de que su factura fue procesada con éxito.
7. Guarde la factura para su registro.

NOTA:

- Use un teléfono de tonos.
- Ingrese cero sólo cuando **NO** desee solicitar.
- Por favor, **NO** envíe por correo su factura luego de llamar a Invoice Express.
- Si usted ingresa por teléfono una factura que ya ha sido procesada, usted escuchará un mensaje de que ya se ha llevado a cabo el procesamiento.

O

2) ENVÍE POR CORREO SU FACTURA – Envíe su factura por correo con sus propios gastos de envío (Realice una copia para sus registros antes de enviarla por correo). Llene la factura de la siguiente manera:

CUADROS EN BLANCO

Tarifa autorizada: **NO LLENE ESTE CUADRO A MENOS QUE DESEE SOLICITAR UNA TARIFA MÁS BAJA QUE LA QUE ESTÁ IMPRESA.**

Cuidado durante las vacaciones escolares:

Este cuadro es solamente para la atención por horas a un niño en edad escolar, cuando usted ha proporcionado cuidado durante las vacaciones escolares. Ingrese la cantidad de horas de atención que usted proporcionó durante las vacaciones escolares.

CUADROS EN NEGRITA

Unidad de servicio: Cada una (EA), Hora (HR), Día (DA), Visitas (VS) y Milla (MI) están impresos de antemano y no pueden ser cambiados. Si la Unidad de servicio es el MES (MON) y usted proporcionó servicio para el PERÍODO DE SERVICIOS completo, ingrese MON en el cuadro de Unidad de servicio en negrita. Si usted declara un período menor al PERÍODO DE SERVICIOS completo, ingrese DA para el Día en el cuadro de Unidad de servicio. NOTA: Si usted ingresa DA en el cuadro de Unidad de servicio y luego declara más días que los que hay en el período de servicios, su factura será rechazada, lo cual impedirá el pago hasta que se haga la corrección.

Unidades totales: Ingrese la cantidad de unidades proporcionadas. Si el servicio no fue provisto, ingrese 0. Para un servicio diario, se cuenta cada día, incluido el día de comienzo y el día de finalización. Por ejemplo: del 10 al 20 de junio son 11 días, no 10.

CUADROS DE FIRMA

Beneficiario del pago: SIEMPRE SE REQUIERE UNA FIRMA.

ATENCIÓN:

- **NO** deje un cuadro en negrita vacío o se le devolverá la factura, lo cual retrasará el pago.
- **NO** envíe notas o adjuntos con la factura.
- **NO** tache información ya impresa.
- **NO** escriba otros cambios que no sean los listados anteriormente como específicamente permitidos.
- **PONGA LOS GASTOS DE ENVÍO EN EL SOBRE ANTES DE ENVIAR POR CORREO.**

MIEMBROS DE SEIU 775: Línea de servicios de factura de licencia de IP:

Las horas de licencia que no se declaran en esta factura aparecerán en la factura del mes próximo, junto con cualquier nueva hora de licencia generada. Ingrese "0" en la línea de servicios de licencia **si NO DESEA tomar la licencia en este período de pago. Si DESEA tomar la licencia en este período de pago, ingrese la cantidad de horas en el cuadro de unidades totales.** Usted podrá tomar licencia en cualquier momento durante el mes con el consentimiento del cliente y notificándole al Administrador del Caso. **NO DEJE LA LÍNEA DE SERVICIOS DE LICENCIA EN BLANCO, ESTO RETRASARÁ SU PAGO.**

¿Por qué no se me paga con más rapidez?

De acuerdo con la constitución estatal, el estado no puede pagar un servicio hasta que haya finalizado el período de servicios. Se considera que el pago es a tiempo si se realiza dentro de los 30 días luego de recibir una factura completada correctamente, más el tiempo de envío, de acuerdo con el RCW 39.76.010. SSPS hace que pagar con la rapidez requerida sea una prioridad así como pagar tan rápido como sea posible desde el punto de vista técnico y legal. El trabajador de servicios sociales debe autorizar los servicios dentro de los plazos para que se pueda generar una factura.

Para más información acerca de SSPS, visite nuestro sitio web en: <http://www.dshs.wa.gov/ssps>. También visite Access Washington en <http://access.wa.gov> para obtener más información acerca de los servicios del gobierno en el estado de Washington.

INVOICE EXPRESS

Invoice Express es una manera rápida y fácil de presentar su *Factura de servicios de SSPS* por teléfono para su pago. Invoice Express está disponible en inglés y español.

Invoice Express le permite:

- Ingresar la información de su *factura de servicios* por teléfono en cualquier momento.
- Evitar las demoras de la oficina de correo al enviar su *factura de servicios*.
- Llamar el último día del mes (antes de las 4:30 p.m.) para registrar sus horas y recibir su cheque antes que si hubiera enviado su factura por correo el último día del mes.
- Corregir errores inmediatamente, en cualquier momento antes de presionar la tecla *. Después de haber recibido el mensaje que indica que su procesamiento se ha realizado con éxito, ya no podrá hacer cambios.
- Llamar para confirmar que se ha procesado el pago de su *factura de servicios*.

Con Invoice Express, **no puede ingresar una** Factura de servicios **por segunda vez**.

CÓMO USAR INVOICE EXPRESS

Llene su formulario de *Factura de servicios* antes de llamar. Úselo como ayuda para reportar las unidades de servicio trabajadas. Guarde la *Factura de servicios* en papel para su archivo.

Llame al 1-888-461-8855 para ingresar su información usando un teléfono de tonos. Usted necesitará el número de su *Factura de servicios* y su número de proveedor.

No envíe por correo la factura si facturó por teléfono mediante Invoice Express.

CÓMO ENVIAR POR CORREO SU FACTURA DE SERVICIOS DE SSPS

Si usted prefiere enviar por correo su *Factura de servicios de SSPS*, lea las instrucciones que le son enviadas por correo cada mes con su *Factura de servicios*.

Envíe su Factura de servicios de SSPS a:

Attn. ISSD Data Control

P.O. Box 45889

Olympia, WA 98504

Invoice Express es una manera rápida y fácil de generar su Factura de servicios de SPSS para su pago.



The fast, easy way to submit your SSPS invoice for payment!

Use your invoice to report services by telephone

- 1** Your first question to answer when calling Invoice Express is whether your invoice is Regular or Supplemental. The answer to that question is found here.
- 2** You will be asked to use the numbers on your telephone to enter the first 3 digits and then the 6 digits after the letter and dash of your Invoice Number.
- 3** To make sure no other person can get to your invoice by telephone, you will be asked to enter the payee number shown in this gray shaded box.
- 4** Invoice Express will read the last 4 digits of your reference number, so that you will know which line you are on.
- 5** The lines will be read to you starting with 0001, until you have entered the number of units you have served or a 0 on all service lines.
- 6** Invoice Express will read to you the type of service unit. In the case of months (MON), you will be able to report either a full month or a partial month by reporting the number of days served (DA).
- 7** When you are asked to enter the units, use the numbers on your telephone number pad.

INVOICE SUPPLEMENTAL

INVOICE NUMBER: **9055-00410** PAGE: 001 OF 001 PAYEE NUMBER: **999999** PROVIDER NUMBER: 999999 FOR MONTH ENDING: 05-31-99

SOCIAL SERVICE PAYMENT SYSTEM (SSPS)

INSTRUCTIONS TO VENDOR:

- Fill in all blank pink boxes on all lines with services.
- Do not send notes or attachments. Any notes or attachments will be returned to you and payment will be delayed.
- Sign the invoice and keep the blue copy for your records.

PAYEE: Rardin, Franida
401 W Mullan St
Spokane, WA 99223

PROVIDER: Rardin, Franida
401 W Mullan St
Spokane, WA 99223

1.	SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE	TOTAL	REASON FOR DENIAL
	CHARLES CHAZ	05/01/99	\$889.92	6.18	HR	144	
	FS RESPITE CARE-HOURLY	05/31/99			HR		
	CASE NUMBER: 4110432432 AUTHORIZATION: 3555461-01	WORKER I.D.: 20MC70	REPORTING UNIT: 851	SERVICE: 07305			
			REFERENCE: 001-01-0001				
2.	SERVICE RECIPIENT	SERVICE PERIOD	AMOUNT AUTHORIZED	AUTHORIZED RATE	SERVICE	TOTAL	REASON FOR DENIAL
	CHARLES CHAZ	05/01/99	\$10.23	0.31	MI	33	
	DDD FS TRANSP - MILES	05/31/99			MI		
	P.F.S.F. NUMBER: AUTHORIZATION: WORKER I.D.: REPORTING UNIT: SERVICE:		REFERENCE: 001-02-0002				

* These are the bolded boxes on your invoice.



DEPÓSITO DIRECTO

El Sistema de Pagos de Servicios Sociales (SSPS, por sus siglas en inglés) le permite depositar su pago directamente en su cuenta corriente o cuenta de ahorros. Usted puede elegir el Depósito Directo en lugar de que se le envíe un cheque.

Una vez establecido, se realiza el depósito directo de su pago dentro de los cuatro días hábiles siguientes al primer día hábil del mes en que se haya ingresado exitosamente una *Factura de servicios* al sistema. La mayoría de las personas califican para el Depósito Directo. Hay unas cuantas situaciones que evitarán que alguien utilice Depósito Directo.

Quizás no pueda usar el Depósito Directo si:

- Le llega su cheque a nombre de otra persona, como un beneficiario.
- Cambia de cuenta bancaria frecuentemente.
- No mantiene el monto mínimo establecido por su banco en su cuenta.

Si desea recibir sus pagos por medio de Depósito Directo, debe llenar un formulario de registro para Depósito Directo y enviarlo a SPSS: Puede obtener el formulario de registro para Depósito Directo de muchas maneras:

1. Vaya al sitio web de SSPS: www.dshs.wa.gov/ssps/ y descargue un formulario de registro para Depósito Directo
2. Envíe un correo electrónico a DSHSSPSWeb@dshs.wa.gov o llame al 360-664-6161 para solicitar un formulario de registro para Depósito Directo
3. Llame al Centro de Recursos para el Miembro al 1-866-371-3200 para solicitar un formulario de registro para Depósito Directo
4. Solicite el folleto de Depósito Directo de DSHS (DSHS 22-361X) al Administrador del Caso o al Asistente Social de su empleador. Hay un formulario en el folleto que usted puede recortar y enviar para solicitar los formularios e información de inscripción necesarios.
5. Envíe una carta por correo solicitando una forma de registro para Depósito Directo a:
 Departamento de Servicios Sociales y de Salud
 Attn. SSPS Direct Deposit Desk
 P.O. Box 45346
 Olympia WA 98504-5346

La carta debe incluir información sobre su interés en recibir un formulario de registro para Depósito Directo, así como su número de proveedor de SSPS, su nombre, dirección postal y número de teléfono.

AVISO DE PAGO POR SISTEMA DE GARANTÍA – (DSHS 07-071)

Se le enviará un formulario del Aviso de pago por sistema de garantía con su cheque de DSHS. Le brinda un registro personal de los pagos de DSHS. Guárdelos para su archivo. Si tiene Depósito Directo, recibirá un Aviso de pago por transferencia electrónica de fondos, cerca del día en que se ingresará el dinero en su banco.

Usted puede elegir el Depósito Directo en lugar de que se le envíe un cheque.

Para que comience a recibir el Depósito Directo, podrán pasar hasta seis semanas luego de haber enviado su solicitud.

Se pueden reenviar las facturas, pero no los cheques. Reporte los cambios de nombre o dirección inmediatamente.

Se considera que su Factura de servicios de SSPS se ha atrasado si no la ha recibido el último día hábil del mes.

LLAMAR PARA PEDIR AYUDA

Si tiene una pregunta acerca de cómo obtener su pago, revise todos los materiales en esta sección (páginas 13 a 26). Puede que eso responda sus preguntas sin necesidad de pedir ayuda telefónica. Si luego de leer cuidadosamente esta sección aún no sabe qué hacer, llame al Administrador del Caso o al Asistente Social de su empleador.

Contacte al Administrador del Caso o al Asistente Social de su empleador si:

- Tiene preguntas acerca de cómo llenar su *factura de servicios*.
- Tiene preguntas acerca de las unidades de servicio mostradas en la *factura de servicios*.
- Falta el nombre de un empleador autorizado o de un servicio.
- Aparece el nombre de un empleador autorizado en la *factura de servicios* para el cual NO proporcionó atención y/o NO se espera que la persona vuelva a su hogar.
- No recibió una *factura de servicios* para el mes en curso que trabajó y es el último día hábil de ese mes.
- Su nombre o dirección han cambiado.

PROBLEMAS COMUNES Y SOLUCIONES PARA RECIBIR SU CHEQUE

¿Qué sucede si mi Factura de servicios de SSPS es incorrecta?

Si recibe una *Factura de servicios* que no lista todos los servicios que usted estaba autorizado(a) a proporcionar o si se muestra el servicio con una tarifa más baja o por un período de tiempo menor al que usted estaba autorizado(a) a trabajar, llame al Asistente Social o al Administrador del Caso de su empleador. El/los servicio(s) debe(n) aparecer en la *Factura de servicios* antes de que se le pueda pagar por proporcionarlos.

¿Qué sucede si no recibo mi Factura de servicios?

Se considera que su *Factura de servicios* se ha atrasado si no la ha recibido el último día hábil del mes. Si la *Factura de servicios* se ha atrasado, contacte al Asistente Social o al Administrador del Caso de su empleador.

¿Qué sucede si pierdo mi Factura de servicios?

Para solicitar un duplicado de la *Factura de servicios* de SSPS, contacte al Asistente Social o al Administrador del Caso de su empleador.

¿Qué sucede si mi cheque se ha retrasado?

Si envía por correo su *Factura de servicios*, por favor tome en cuenta el tiempo de procesamiento y la posibilidad de demoras en el servicio postal al calcular si su cheque está atrasado. Recuerde, nunca se envía el pago por los servicios dentro del mes en curso antes del segundo día hábil del mes siguiente.

¿Puedo llamar directamente a SSPS?

No. Contacte al Administrador del Caso o al Asistente Social de su empleador.

¿Qué sucede si mi cheque se ha perdido?

Si se ha perdido su cheque, el Administrador del Caso o el Asistente Social de su empleador harán que usted firme una declaración de Garantía de pérdida, robo o destrucción (DSHS 09-13x) y la harán legalizar por un notario. No recibirá un duplicado de su cheque hasta al menos 30 días luego de la emisión del primer cheque.

¿Qué sucede si mi cheque es incorrecto?

Contacte al Administrador del Caso o al Asistente Social de su empleador. Si él o ella no arregla el problema, usted puede contactar a su sindicato para obtener ayuda para resolver la situación. Contacte al Centro de Recursos del Miembro al 1-866-371-3200. Será necesario que usted proporcione su número de proveedor IP (ubicado en su *Factura de servicios*).

¿Qué sucede si ingreso por teléfono o por correo mi *Factura de servicios* y luego descubro que proporcioné más horas o servicios autorizados de los que ingresé?

Contacte al Administrador del Caso o al Asistente Social de su empleador.

¿Qué sucede si cambia mi dirección postal?

Para evitar retrasos en su pago, llame inmediatamente al Administrador del Caso o al Asistente Social de su empleador. Proporcione la información de su cambio de dirección para que se pueda actualizar en el sistema de SSPS. Recuerde, la Oficina Postal reenviará las facturas a una nueva dirección, pero no los cheques de pago.

¿Qué pasa si mi nombre legal cambia?

Si su nombre legal cambia luego de que usted haya firmado un contrato con DSHS (por ejemplo, debido a un casamiento o divorcio), comuníquese con:

- El Administrador de caso de su empleador para que se cambie su nombre en los registros de DSHS.
- Su banco o cooperativa de crédito si tiene depósito directo para asegurar que no haya demoras en su pago de transferencia de fondos electrónico.
- La Administración de Seguro Social (SSA, por sus siglas en inglés) para obtener una tarjeta de seguro social actualizada (1-800-772-1213). DSHS sólo puede actualizar un cambio de nombre si coincide con los registros de la SSA.
- El Centro de Recursos del Miembro al 1-866-371-3200 para cambiar sus registros con el sindicato y la Sociedad de capacitación.

¿Recibiré el pago si mi empleador se va de vacaciones, es transferido a una casa de salud, centro de habilitación residencial (RHC, por sus siglas en inglés) o al hospital?

No. Sin embargo, si usted ha acumulado vacaciones/tiempo libre pagado, podrá reclamar estas horas en su *Factura de servicios*. Vea la página 19 para obtener más información acerca de cómo reclamar sus vacaciones/tiempo libre pagado.

El pago por los servicios dentro del mes en curso no se envía antes del segundo día hábil del mes siguiente.

Para evitar retrasos en el pago, llame al Administrador del Caso de su empleador apenas cambie su dirección postal.

Información laboral general

La mayoría de los proveedores individuales (IP) de HCS/AAA reciben su pago de DSHS (de parte de su empleador) y directamente de su empleador ("participación del cliente").

RETENCIÓN DEL IMPUESTO FEDERAL A LOS INGRESOS

Usted deberá decidir si desea que el impuesto federal a los ingresos le sea deducido de su paga. Ésta es su decisión. Tenga en cuenta que su decisión no tendrá efecto sobre si debe o no sus impuestos federales a los ingresos.

Si usted **desea** que el impuesto federal a los ingresos sea retenido de su paga, deberá llenar y enviar un formulario W-4 (vea ejemplo a continuación) completo del Servicio de Impuestos Internos (IRS, por sus siglas en inglés). El formulario W-4 debe pertenecer al año en curso. Puede obtener un formulario IRS W-4 de las siguientes maneras:

- Descargándolo de <http://www.irs.gov/pub/irs-pdf/fw4.pdf>
- Llamando a IRS al **1-800-829-3676** y solicitando que le sea enviado un formulario.
- Llamando al Centro de Recursos del Miembro al **1-866-371-3200**.

Cómo llenar el formulario W-4

Los cuadros 1,2,3, y 5 son campos requeridos. Los cuadros 4,6, y 7 son opcionales. Deje los cuadros 8, 9, y 10 en blanco. Asegúrese de firmar y colocar la fecha al final del formulario.

Envíe por correo los formularios W-4 del IRS llenos a:

DSHS
 Provider File Unit - Section Two
 PO Box 45346
 Olympia, WA 98504-5346

Información del IRS:
1-800-829-1040
 Formularios del IRS:
1-800-829-3676
 Sitio web del IRS:
<http://www.irs.gov>

..... Separate here and give Form W-4 to your employer. Keep the top part for your records.

Form W-4 Department of the Treasury Internal Revenue Service		Employee's Withholding Allowance Certificate ▶ Whether you are entitled to claim a certain number of allowances or exemption from withholding is subject to review by the IRS. Your employer may be required to send a copy of this form to the IRS.		OMB No. 1545-0074 2012
1 Your first name and middle initial		Last name		2 Your social security number
Home address (number and street or rural route)				
City or town, state, and ZIP code				
5 Total number of allowances you are claiming from line H above or from the applicable worksheet on page 2				
6 Additional amount, if any, you want withheld from each paycheck				
7 I claim exemption from withholding for 2012, and I certify that I meet both of the following conditions for exemption.				
• Last year I had a right to a refund of all federal income tax withheld because I had no tax liability, and				
• This year I expect a refund of all federal income tax withheld because I expect to have no tax liability.				
If you meet both conditions, write "Exempt" here				
Under penalties of perjury, I declare that I have examined this certificate and, to the best of my knowledge and belief, it is true, correct, and complete.				
Employee's signature (This form is not valid unless you sign it.) ▶				Date ▶
8 Employer's name and address (Employer: Complete lines 8 and 10 only if sending to the IRS.)			9 Office code (optional)	10 Employer identification number (EIN)
For Privacy Act and Paperwork Reduction Act Notice, see page 2.				
Cat. No. 10220Q			Form W-4 (2012)	

Si usted llena y envía un formulario W-4 preciso y completo, puede ser elegible para que su impuesto federal a los ingresos le sea deducido de su paga, según las reglas de IRS. El W-4 permanece en efecto a menos que envíe uno nuevo o envíe un W-4D (Formulario para Discontinuar W-4). Si decide llenar un formulario W-4, conserve una copia para su archivo.

Si **no desea** que se le retenga el impuesto federal a los ingresos, no haga nada.

No se le deducirá de su paga el impuesto federal a los ingresos a menos que envíe un formulario IRS W-4 válido. Para obtener información acerca del pago de su impuesto federal a los ingresos si decidió **no** enviar un W-4, contacte al IRS o hable con un asesor de impuestos o un contador.

Si a usted se le retuvo una cantidad inferior a la correcta en impuestos federales a los ingresos en el pasado, el IRS le notificará a usted y a DSHS por carta (llamada una "Carta Asegurada") que especifica el monto de impuestos federales a los ingresos que deben ser retenidos. En este caso la retención de los impuestos federales a los ingresos de su pago de DSHS ya no es voluntaria. DSHS debe cumplir hasta futuro aviso de IRS. Si recibe una Carta Asegurada de IRS, tendrá un teléfono gratuito para que usted se comuniquen en caso desee discutirlo.

El personal de DSHS no está conformado por personas profesionales en temas fiscales, y por lo tanto no puede darle asesoramiento fiscal.

Por favor, no pida ayuda a los trabajadores de DSHS, tales como a un administrador de caso o al personal de SSPS, en la toma de esta decisión. Si necesita ayuda con esto póngase en contacto con su asesor fiscal, contador o el IRS. El SEIU Healthcare 775 NW y algunas organizaciones comunitarias pueden ofrecer asesoría fiscal gratuita.

El personal de SSPS puede explicarle los lineamientos de retención federales del IRS y cuál es su estatus actual en lo referente a la presentación de la W-4. Puede llamar a la Unidad de Archivos de los Proveedores de SSPS en 360-664-5883 para obtener dicha información.



DECLARACIÓN DE SALARIO W-2

Un W-2 es una declaración salarial que le informa la porción sujeta a impuestos de sus ingresos ante el gobierno federal y estatal. Si recibió ingresos del DSHS durante un año calendario, DSHS le enviará un formulario de declaración de salarios W-2.

La declaración de salarios W-2 le será enviada por correo a más tardar el 31 de enero del año siguiente. Por ejemplo, si usted recibió ingresos del DSHS en el 2013, recibirá una declaración de salarios W-2 de esos ingresos a más tardar el 31 de enero del 2014. Si tiene varios empleadores (clientes de DSHS), recibirá un W-2 por cada empleador, incluyendo uno por sus pagos de vacaciones.

Estas declaraciones W-2 incluyen sólo los pagos recibidos directamente de DSHS de parte de su empleador durante ese año. Los salarios que reciba de su empleador ("participación del cliente") no se incluirán en la declaración de salarios W-2 que reciba de DSHS.

Si decide que se le deduzca el impuesto federal a los ingresos de su pago (usted llenó y envió un W-4 para el año fiscal en curso), el monto deducido por concepto de impuesto federal a los ingresos aparecerá en su W-2.

Si tiene preguntas acerca del W-2 recibido del DSHS, puede:

- enviar correo electrónico a la oficina de impuestos de DSHS a taxinfo@dshs.wa.gov
- llamar a la oficina de impuestos de DSHS al 360-664-5830

El personal de la oficina de impuestos de DSHS sólo puede contestar preguntas acerca del W-2 emitido por DSHS. El personal de DSHS no puede darle asesoría fiscal.

IMPUESTOS DE SEGURO SOCIAL Y MEDICARE

A pesar de que DSHS no es su empleador, en la mayoría de los casos DSHS es el tercero pagador responsable por la retención y el pago de los impuestos de Seguro Social y Medicare (FICA, por sus siglas en inglés) de los ingresos que DSHS le paga en nombre de su empleador. Existen algunas excepciones.

Debido a las reglas de IRS, DSHS no puede retener FICA/FUTA si usted es:

- Un padre que proporciona servicios a su hijo adulto.
- Un hijo adulto que tiene 18, 19, 20 años y que brinda servicios a sus padres.
- El cónyuge de la persona que recibe servicios de Tareas domésticas.

Si usted cae en una de las categorías anteriores y tiene preguntas o inquietudes, puede contactar al IRS en www.irs.gov o visitando su oficina local.

DSHS (con algunas excepciones) es también el tercero pagador responsable por el pago de los impuestos federales y estatales de desempleo (FUTA/SUTA, por sus siglas en inglés).

Puede que su empleador también sea responsable de la retención de impuestos de seguro social y Medicare de los montos que éste le paga directamente.

CÓMO OBTENER EVIDENCIA DE LOS INGRESOS

Si una persona o empresa desea verificar sus ingresos, pregunte si un Aviso de pago por sistema de garantía es suficiente para ellos. Es el equivalente a un talón de pago. Si necesita algo además de un Aviso de pago por sistema de garantía, la solicitud de evidencia de ingresos debe ser realizada directamente por usted y por escrito. **No puede obtener evidencia de sus ingresos del Asistente Social o Administrador del Caso de su empleador.**

Envíe su solicitud por escrito a:

SSPS
P.O. Box 45812
Olympia, WA 98504-5812

COMPENSACIÓN POR DESEMPLEO

Si finaliza su trabajo como Proveedor Individual o si su empleo es interrumpido por un período de tiempo, puede solicitar al Departamento de Seguridad Laboral (ESD, por sus siglas en inglés) beneficios de compensación por desempleo (también llamado seguro de desempleo). Debe cumplir todas las reglas de ESD. Use el nombre y dirección de su empleador cuando llene los formularios de ESD. **Ni DSHS, la Agencia Local para la Vejez ni sus empleados son sus empleadores.**

¿Desea más horas?
Vea el interior de
la contraportada
para obtener más
información acerca del
Registro de referencias.

OPCIONES DE SEGURO MÉDICO

Usted cuenta con dos opciones de seguro médico: el Fondo de Beneficios o las opciones de seguro médico disponibles en los términos de la Ley de Cuidado de la Salud Asequible a través del Washington Health Benefit Exchange. **Sólo puede inscribirse en uno de estos planes de salud - no en ambos.**

Fondo para beneficios SEIU Healthcare NW (Fondo)

El Fondo ofrece **sólo al trabajador** beneficios médicos, dentales, para medicamentos con receta y de visión a proveedores individuales (IPs) elegibles por \$25.00 al mes. Los proveedores individuales (IPs) elegibles para Medicare también pueden obtener su cobertura a través del Fondo como cobertura primaria.

Los requisitos de inscripción y elegibilidad para los beneficios del cuidado de la salud son determinados por el Fondo. Los requerimientos mínimos actuales establecidos por el Fondo son que trabaje al menos tres meses consecutivos en un mínimo de 86 horas por mes y no recibir beneficios del cuidado de la salud a través de la cobertura de otra familia y otra cobertura basada en el empleo. Las 86 horas se calculan viendo la cantidad total de horas trabajadas y declaradas para su pago, sin importar si el pago es realizado por DSHS o a través de la participación del cliente.

Hay dos maneras de obtener más información sobre los requisitos de elegibilidad y los beneficios o pedir una solicitud de inscripción:

1. Llame al Centro de Recursos del Miembro al 1-(866) 371-3200
2. Presente una solicitud por Internet en www.myseiubenefits.org (ingrese a su perfil y haga clic en Manejar Beneficios de Salud). Las solicitudes por Internet son procesadas sólo para los solicitantes por primera vez. Las solicitudes serán procesadas el día 20 de cada mes. Se necesitan dos meses para procesar la solicitud.

Luego de la inscripción, el seguro empieza en el primer día del mes posterior a cualquier período de espera, siempre y cuando usted haya enviado la solicitud de manera oportuna y mantenga el mínimo de 86 horas al mes.

Se deducirá el pago de su prima de \$25.00/mes de su paga habitual luego de que se haya inscrito y haya cumplido los criterios de elegibilidad.

Contacte al Fondo a su línea gratuita al 1-866-771-7359 (intérpretes disponibles), si tiene preguntas sobre Cobra (la continuación de la cobertura).

Washington Health Benefit Exchange

La cobertura de seguro médico a través del Washington Health Benefit Exchange inicia el 1 de enero del 2014. Dependiendo de sus ingresos, hay varias opciones.

Para más información sobre las opciones del Washington Health Benefit Exchange o para solicitar cobertura:

- Visite el sitio web de Health Plan Finder: <https://www.wahealthplanfinder.org>
- Llame a la línea de ayuda: **1-855-WAFINDER**. Los clientes con TTY pueden llamar al 1-855-627-9604
- Envíe correo electrónico al centro de información para clientes; customersupport@wahbexchange.org

Llame al Centro de Recursos del Miembro al:
1-866-371-3200

o visite:

www.myseiubenefits.org
para obtener más detalles y la información más actualizada sobre los beneficios ofrecidos.

Sólo puede inscribirse en uno de estos planes de salud - no en ambos.

COMPENSACIÓN POR INCAPACIDAD LABORAL

Los proveedores individuales (IPs) están cubiertos por el seguro de compensación por incapacidad laboral a través del Departamento de Trabajo e Industria del estado de Washington. Esto significa que puede presentar un reclamo de beneficios por cualquier enfermedad o lesión relacionada con el trabajo.

Si se lesiona durante la provisión de servicios para su empleador y necesita atención médica inmediata, vaya al hospital más cercano o vea a su médico habitual. Cuénteles al doctor si su lesión o enfermedad está relacionada con el trabajo y asegúrese de pedir y llenar un formulario de "Reporte de lesión o enfermedad ocupacional". Anote a su empleador en el formulario como HCQA Negotiated Contract, 601 Union St., Suite 3500, Seattle, WA 98101.

Una empresa llamada Sedgwick CMS administra todas las demandas de compensación por incapacidad laboral para proveedores individuales (IPs). Contáctelos sin cargo al **1-866-897-0386** si usted sufrió una lesión en su trabajo.

HORAS DE VACACIONES/TIEMPO LIBRE PAGADO (PTO)

Usted puede conseguir el tiempo libre pagado para utilizarlo de cualquier forma que usted elija (vacaciones, citas médicas, licencias por enfermedad, etc.) después de que gane las horas del tiempo libre pagado (PTO).

Usted ganará una hora de tiempo libre pagado por cada 35 horas de servicios autorizados que proporcione. Puede acumular un máximo de 85 horas de tiempo libre pagado.

Uso de sus horas de tiempo libre pagado

Usted puede optar por utilizar las horas de tiempo libre pagado para tomar tiempo libre o cobrarlas sin tomar tiempo libre. Si desea tomar un tiempo libre con sus horas de tiempo libre pagado, usted debe:

- Informar y obtener el permiso de su empleador por lo menos dos semanas antes de que se tome el tiempo libre.
- Avisarle al Administrador del Caso/Trabajador Social de su empleador para que él o ella pueda garantizar que se siga el plan de atención durante su ausencia.

Consulte la página 19 para obtener más información sobre cómo reportar las horas del tiempo libre pagado. En este momento, reporte cualquier tiempo libre pagado como horas de vacaciones.

Puede acumular 1 hora de tiempo libre pagado por cada 35 horas que trabaje.

Puede acumular un máximo de 85 horas de tiempo libre pagado.



Cuándo se pueden perder las horas del tiempo libre pagado

Si usted alcanza un máximo de 85 horas de tiempo libre pagado, no podrá generar/acumular más horas de tiempo libre pagado hasta que el saldo baje a menos de 85 nuevamente. Se perderá cualquier hora que se podría haber acumulado.

Para reducir el saldo, solicite o cobre horas en su Factura de servicios. Vea “Cómo solicitar horas de licencia/tiempo libre pagado (PTO)” en la página 19 para ver información sobre cómo pedir horas de tiempo libre pagado.

También se podrá perder el saldo de tiempo libre pagado sin usar si transcurre un año o más sin que usted proporcione servicios a un cliente de DSHS. No se perderá el saldo del tiempo libre pagado sin usar si la interrupción en el servicio dura menos de un año. Usted debe estar trabajando para un cliente de DSHS y debe estar proporcionando servicios durante un mes para reclamar horas de tiempo libre pagado.

Los IPs que son empleados por un miembro de su familia y nunca pensaron en trabajar para nadie más deberían tomar esto en consideración. Si un miembro de su familia se muda a un ambiente de cuidados residenciales o fallece, asegúrese de cobrar las horas de tiempo libre pagado acumulado en su última Factura de servicios.

Si trabaja para un empleador que es hospitalizado, se traslada a una institución de cuidados residenciales o fallece, considere reclamar sus horas de tiempo libre pagado acumuladas en su última Factura de servicios si es posible que no trabaje para otro cliente de DSHS durante el próximo año.

INCREMENTOS EN EL PAGO

Los proveedores individuales (IPs) reciben incrementos salariales cada 2000 horas pagadas por la provisión de servicios a un cliente de DSHS. El salario aumenta automáticamente cada vez que la cantidad total de horas pagadas alcanza un nuevo nivel. El cálculo de las 2000 horas comenzó el 1 de julio de 2005.

Vea la tabla de salarios siguiente para ver información sobre los salarios actuales y los aumentos futuros. Contacte al Centro de Recursos del Miembro al **1-866-371-3200** si necesita más información.

¿Su empleador necesita ayuda para encontrar cobertura durante su tiempo libre pagado? Anime a su empleador a utilizar el Registro de referencias (vea el interior de la contraportada)

Vea la página 19 para obtener más información acerca de cómo reclamar sus horas de vacaciones/tiempo libre pagado.



Horas de carrera acumulables	Tabla de salarios 1: En vigencia del 1 de julio de 2013 al 30 de junio del 2014		
	Ayuda de Cuidado en el Hogar (Sin certificación)	Ayuda de Cuidado en el Hogar Certificado O Licencia de Asistente de Enfermería Certificado	Ayuda de Cuidado en el Hogar Certificado CON capacitación avanzada
0-2000	\$10.53	\$10.78	\$11.03
2001-4000	\$10.68	\$10.93	\$11.18
4001-6000	\$10.85	\$11.10	\$11.35
6001-8000	\$10.98	\$11.23	\$11.48
8001-10000	\$11.14	\$11.39	\$11.64
10001-12000	\$11.30	\$11.55	\$11.80
12001-14000	\$11.46	\$11.71	\$11.96
14001 o más horas	\$13.84	\$14.09	\$14.34

Horas de carrera acumulables	Tabla de salarios 2: En vigencia del 1 de julio de 2014 al 30 de junio del 2015		
	Ayuda de Cuidado en el Hogar (Sin certificación)	Ayuda de Cuidado en el Hogar Certificado O Licencia de Asistente de Enfermería Certificado	Ayuda de Cuidado en el Hogar Certificado CON capacitación avanzada
0-2000	\$11.06	\$11.31	\$11.56
2001-4000	\$11.21	\$11.46	\$11.71
4001-6000	\$11.39	\$11.64	\$11.89
6001-8000	\$11.53	\$11.78	\$12.03
8001-10000	\$11.70	\$11.95	\$12.20
10001-12000	\$11.86	\$12.12	\$12.36
12001-14000	\$12.03	\$12.28	\$12.53
14001 o más horas	\$14.53	\$14.78	\$15.03

Nota: Los salarios serán ajustados al alza en un dólar (\$1.00) por hora para proveedores individuales que realicen trabajo como mentores, preceptores o entrenadores por asignación de la Sociedad de Capacitación. El tiempo trabajado como mentores no contará para las horas de cuidado acumuladas

DEDUCCIONES DE SU PAGA

Se requiere que todos los proveedores individuales (IP) paguen la cuota por membresía al sindicato o cuota equitativa a los que no son miembros. Estas se deducirán mensualmente de su paga. Puede que se deduzcan también los impuestos de seguro social y Medicare (FICA).

Usted puede solicitar que se le hagan las siguientes deducciones voluntarias:

- Primas de seguro del Fondo de beneficios médicos de SEIU 775 o del Plan básico de salud (si se ha inscrito).
- Deducciones voluntarias.
- Impuestos federales retenidos.
- Impuestos federales adicionales retenidos.

SI DEJA SU TRABAJO

Debe dar aviso por escrito por lo menos dos semanas antes de renunciar a su trabajo con su empleador. Debe trabajar durante su calendario asignado hasta la finalización de ese período de notificación. Dejar a su empleador solo, sin la asistencia necesaria puede ser considerado abandono y está prohibido por la ley.

Debe notificar de su renuncia a:

- Su empleador y/o su representante legal. **Esto deberá ser realizado por escrito.**
- El Administrador del Caso o el Asistente Social de su empleador.
- Cualquier otra persona u organización que su empleador solicite o a la que se requiera notificar.

VERIFICACIÓN DE REFERENCIAS Y EMPLEO

Su empleador puede decidir si proporcionarle o no una referencia laboral. Es mejor obtener una referencia laboral por escrito de su empleador. A menudo, se necesitan referencias laborales porque el estado de salud de su empleador puede cambiar, él/ella se puede trasladar a un ambiente de cuidados residenciales o fallecer y sus servicios ya no serían necesarios.

Piense en obtener una referencia laboral por escrito mientras sea posible que su empleador se la proporcione. Hágale saber a su empleador que usted no está pensando en dejarlo en ese momento, sino que está pensando a futuro.

Deberá dirigir a las personas que necesiten verificar su empleo a su empleador. Ni el Asistente Social, el Administrador del Caso ni cualquier representante del estado de Washington podrán hacer esto por usted. Vea la página 23 si necesita obtener evidencia de ingresos.



Debe proporcionar al menos dos semanas de aviso previo por escrito antes de renunciar.

No puede abandonar o dejar a su empleador sin la capacidad de satisfacer sus necesidades vitales básicas.

Obligatoriedad de reportar el abuso

Si tiene razones para creer o sospecha que se está dañando a un adulto vulnerable o a un niño, la ley lo obliga a reportarlo inmediatamente.

Llame al Servicio de Protección de Adultos (APS, por sus siglas en inglés) si tiene razones para creer o sospecha que se está dañando a un adulto vulnerable que **vive en su propia casa**.

Llame a la Unidad de resolución de quejas (CRU, por sus siglas en inglés) si tiene razones para creer o si sospecha que se está abusando de un adulto vulnerable que vive en un **hogar de familia adulta, vivienda asistida o residencia para ancianos**.

Llame al 1-866-EndHarm si tiene razones para creer o si sospecha que se está dañando a un **niño**.

Números del Servicio de protección de adultos (APS)

Región 1

1-800-459-0421 (TTY) 509-568-3086

Spokane, Grant, Okanogan, Adams, Chelan, Douglas, Lincoln, Ferry, Stevens, Whitman, Pend Oreille, Yakima, Kittitas, Benton, Franklin, Walla Walla, Columbia, Garfield, Asotin, Klickitat

Región 2

1-866-221-4909 (TTY) 1-800-977-5456

Snohomish, Skagit, Island, San Juan, Whatcom, King

Región 3

1-877-734-6277 (TTY) 1-800-672-7091

Bremerton, Pierce, Thurston, Mason, Lewis, Clallam, Jefferson, Grays Harbor, Pacific, Wahkiakum, Cowlitz, Skamania, Clark

Número de la Unidad de resolución de quejas (CRU)

En todo el estado

1-800-562-6078 (TTY) 1-800-737-7931



“Las mejores y más
hermosas cosas del
mundo no pueden verse,
ni siquiera tocarse.
Deben ser sentidas con el
corazón”.

– *Helen Keller*



El **Registro de referencias de Atención en el hogar** del estado de Washington puede ayudarle a encontrar horas adicionales como proveedor en el hogar.

El Registro de Referencia es un sistema basado en la web que relaciona a los IP más calificados con sus clientes que reciben servicios de atención en el hogar a largo plazo.

Es fácil inscribirse en el Registro de referencias. Llame o visite una oficina de Registro local para que empiece el proceso. Puede encontrar su oficina de Registro de referencias llamando al 1-800-970-5456 o visitar www.hcrr.wa.gov y haga clic en "Oficinas de Registros" para ver si el Registro de Referencia está disponible en su área.

¿Tiene algún amigo interesado en convertirse en un Proveedor Individual? El personal en el Centro del Registro de referencias también puede ayudar a las personas que cumplen con los requisitos a comenzar a trabajar como proveedor en el hogar.

RECURSOS PARA CLIENTES

El Registro de referencias es una excelente herramienta para los clientes que buscan proveedores precalificados de cuidado en el hogar. Los clientes pueden contactar sus Centros de Registro de referencia local y recibir una lista de referencia de proveedores elegibles que mejor se adecue a sus necesidades. Ellos podrán entrevistar y seleccionar al Proveedor Individual de su elección.

Los clientes también pueden mirar un video recientemente producido que brinda consejos y recomendaciones sobre cómo contratar a un proveedor individual en el canal de Youtube de HCQA. En enlace está disponible en www.hcrr.wa.gov.

RECURSOS PARA PROVEEDORES

Se reconoce y se declara como un derecho civil el derecho las personas de no sufrir de discriminación debido a su raza, credo, color, origen nacional, sexo, estatus militar o de veterano con descargo honorable, orientación sexual, o la presencia de alguna discapacidad sensorial, mental o física, o el uso de un perro guía o animal de servicio por parte de una persona con discapacidad.

La información y apoyo para proveedores individuales también está disponible en línea a través del sitio web del Registro de Referencias de Atención en el Hogar. Haga clic en Recursos del proveedor para información actualizada sobre enfermedades y condiciones, consejos relacionados con la provisión de cuidado, noticias actuales y temas para proveedores.

La información en esta Guía de referencia no constituye o implica un contrato laboral ni es la base para un empleo continuo como IP. Si existe un conflicto entre la información contenida en esta Guía de referencia y su contrato, prevalece lo que está escrito en su contrato.

DSHS no discrimina al servir o contratar a personas debido a su raza, color, origen nacional, sexo, identidad de género, expresión de género, orientación sexual, edad, religión, credo, estado civil, discapacidad, o condición de veterano de la guerra de Vietnam, o debido a la presencia de cualquier discapacidad física, mental o sensorial.

Cómo pedir publicaciones

Usted puede pedir este folleto y otras publicaciones de DSHS a través del centro de surtido del Departamento de publicaciones (DOP, por sus siglas en inglés) (antes conocido como la Tienda General). Vaya al sitio web del DOP en:

myfulfillment.wa.gov

También se podrán solicitar publicaciones:

- Por correo electrónico a fulfillment@prt.wa.gov
- Por teléfono al (360) 570-5555
- Por fax al (360) 664-2048

Asegúrese de incluir el nombre de la publicación, el número de la publicación (DSHS 22-xxx) y un nombre de contacto y la dirección postal para órdenes realizadas por correo electrónico, teléfono o fax.

Recursos en Internet

Para saber más acerca de la provisión de atención y temas relacionados con el cuidado a largo plazo, visite:

www.adsa.dshs.wa.gov

Recursos SEIU 775 NW

Aprenda más sobre sus beneficios sindicales y requisitos de capacitación:

- Beneficios sindicales en www.seiu775.org
- Capacitación requerida y beneficios de salud en www.myseiubenefits.org
- Envíe su pregunta por correo electrónico al Centro de Recursos del Miembro en mrc@seiu775.org
- O llame al Centro de Recursos del Miembro al 1-866-371-3200 para recibir información acerca de su sindicato, beneficios del seguro de salud, o requisitos de capacitación y certificación.

Para hablar con alguien en un idioma diferente, utilice una de las siguientes extensiones cuando llame al Centro de Recursos del Miembro.

Idioma	Extensión	Idioma	Extensión
Ruso	411	Somalí	431
Ucraniano	412	Árabe	432
Español	413	Mandarín	423
Coreano	421	Vietnamita	422
Cantonés	424	Swahili	433
Tagalo	442	Camboyano	441